

THÈSE 149

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Stamata ORSONI

ANCIENNE EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Née le 8 Mars 1912, à Ile-Rousse (Corse)

Présentée et soutenue publiquement le 23 JUIN 1942 19

LA CRISE INTERMENSTRUELLE

Président : M. MOCQUOT, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1942

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1942.

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Stamata ORSONI

ANCIENNE EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Née le 8 Mars 1912, à Ile-Rousse (Corse)

Présentée et soutenue publiquement le 19.....

LA CRISE INTERMENSTRUELLE

Président : M. MOCQUOT, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1942

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
»	FISSINGER.
»	HARVIER.
»	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRÉ.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CADENAT.
»	GOSSET.
»	LENORMANT.
»	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	LEVY-SOLAL.
»	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BROcq.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	DOGNON.
»	GIROUD.
»	HAZARD.
»	JAYLE.
»	JOANNON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.	DE GENNES	Pathologie médicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) .	Pathologie médicale.	LACOMME	Obstétrique.
BESANÇON (Justin) .	Hydrologie.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BONNET	Bactériologie.	LAVIER	Parasitologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale
BULLIARD	Histologie.	LENEGRE	Pathologie chirurgic.
CACHERA	Pathologie médicale.	Mlle J. LEVY.....	Pharmacologie.
CORDIER	Anatomie.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
COUVELAIRE	Urologie.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELARUE	Anat. pathologique.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	PATEL	Pathologie chirurgic.
DESGREZ (H.)	Physique.	PETIT-DUTAILLIS ..	Pathologie chirurgic.
DESOILLE	Médecine légale.	RENARD	Ophthalmologie.
DIGONNET	Obstétrique.	RICHET	Physiologie.
DOGNON	Physique.	SÈNEQUE	Pathologie chirurgic.
FEVRE	Pathologie chirurgic.	SICARD	Pathologie chirurgic.
FUNCK	Pathologie chirurgic.	SOULIE	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SUREAU	Obstétrique.
GARCIN	Pathologie médicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
M ^{lle} GAUTHIER-VILLARS	Anat. pathologique.	WILMOTH	Pathologie chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUENIOT	Obstétrique.	PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HUGUENIN	Anat. pathologique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique Médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		DE GAUDART D'ALLAINES	
CHEVALLIER		MOULONGUET	
LAROCHE (Guy)		MOURE	
LIAN			
MOREAU		ECALLE	Clinique Obstétricale.
SÉZARY		VIGNES	Clinique Obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR P. MOCQUOT

Professeur de Clinique Gynécologique
Chirurgien de l'Hôpital Broca

*En témoignage de grande reconnaissance
et de profond attachement.*

A MES MAITRES
DU SERVICE DE LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
DE L'HOPITAL BROCA

M. LE DOCTEUR MORICARD

Chef de Laboratoire de la Faculté de Médecine de Paris
Attaché médical à la clinique gynécologique de l'Hôpital Broca

Avec tous mes remerciements.

M. LE DOCTEUR PALMER

Chef des Travaux de gynécologie à la Faculté
de Médecine de Paris

*En témoignage de reconnaissance pour
l'aide qu'il m'a apportée.*

A MES MAITRES

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. MOURE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESMAREST
Chirurgien Honoraire de l'Hôpital Ambroise-Paré

M. LE PROFESSEUR DONZELOT
Professeur de Clinique Cardiologique
Médecin de l'Hôpital Broussais

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A M. LE DOCTEUR J. PATEL
Chirurgien des Hôpitaux

A M. LE DOCTEUR DOUAY

INTRODUCTION

Certaines femmes présentent vers le milieu de leur cycle menstruel un syndrome qui, lorsqu'il est au complet, comprend : des douleurs, des pertes glaireuses, et des petites pertes de sang. Ces signes peuvent exister isolément et ils s'accompagnent parfois d'un état rappelant celui qui précède les règles ; avec gonflement douloureux des seins, instabilité de l'état neuro-végétatif se traduisant par des troubles gastro-intestinaux, des troubles nerveux.

Il était parfaitement légitime de penser que cette crise, à cause de sa périodicité, était en rapport avec un fonctionnement périodique, toujours le même donc physiologique.

La crise intermenstruelle a été constatée depuis fort longtemps. Certains ont parlé de ponte surnuméraire, d'autres en ont fait un syndrome lié à des altérations de l'ovaire ou de l'utérus. C'est Mario-Marsh qui, le premier, frappé par la périodicité de cette crise, la rattache par intuition à l'ovulation.

Et en effet, comme nous le montrerons plus loin, cette crise, la rattache par intuition à l'ovulation, l'ovulation.

Nous sommes persuadés, qu'en dehors des cas de crise intermenstruelle, la période d'ovulation ne passe pas toujours inaperçue chez une femme qui s'observe bien. La crise intermenstruelle nous apparaît comme étant à la limite de la physiologie et de la pathologie.

Il est donc indispensable, pour essayer de comprendre comment et pourquoi cette crise survient, de donner un rappel physiologique du syndrome intermenstruel et de parler des différentes recherches qui nous permettront de suivre et de situer la crise par rapport aux différents stades du cycle ovarien.

HISTORIQUE

En 1836, LISFRANC avait observé que certaines femmes présentaient au milieu du mois une crise douloureuse, accompagnée parfois d'une perte de sang.

En 1842, PIERRE DE BOISMONT parle de règles intercalaires qu'il considère comme un phénomène physiologique normal, mais exceptionnel.

En 1858, NÉGRIER attribue l'hémorragie intermenstruelle à un excès de fonction. Il la considère comme liée à une ponte supplémentaire, la ponte normale étant en rapport avec l'hémorragie menstruelle.

En 1860, PAUL DUBOIS et PAJOT pensent que ces règles surnuméraires sont provoquées par la turgescence du tissu érectile de l'utérus.

En 1862, TILT l'attribue à des lésions utéro-annexielles.

En 1866, COURTY considère la crise intermenstruelle comme un phénomène pathologique.

En 1897, MARIO-MARSH rattache le syndrome intermenstruel non pas à une ponte surnuméraire, mais à la ponte normale.

En 1897, BOUILLY écrit que la crise se voit chez

des malades ne présentant pas de lésions cliniquement appréciables, mais qu'elle serait la conséquence d'une poussée congestive ovarienne se faisant dans les cas où il existe des lésions discrètes des ovaires chez des nerveuses.

En 1902, JOURDAIN insiste sur la fréquence de la crise douloureuse et trouve chez toutes ses malades un passé génital ou des lésions utéro-annexielles.

En 1912, STAPFER en fait un phénomène lié à la maturation du follicule. « La pathologie n'étant que le verre grossissant, déformant et révélateur, de la physiologie ».

En 1925, DALCHÉ pense que la crise intermenstruelle correspond peut-être à « un travail pénible de maturité et de rupture » du follicule.

En 1927, ADLER rapproche la perte de sang à l'écoulement sanguin que l'on observe chez certains animaux au moment du rut.

RAPPEL PHYSIOLOGIQUE

MODIFICATIONS AU NIVEAU DE L'OVAIRE PENDANT LE CYCLE MENSTRUEL

Pendant la période intermenstruelle, il se produit chez la femme, au niveau de l'ovaire, des modifications périodiques.

1° DÉVELOPPEMENT D'UN FOLLICULE

Le follicule commence à se développer après les règles.

Le follicule de de Graaf au repos est constitué par un ovocyte entouré de cellules épithéliales : les cellules folliculeuses.

Pendant la période de maturation, les cellules folliculeuses se multiplient activement, en même temps apparaît une formation liquide, le *liquor folliculi*. Le tissu conjonctif de l'ovaire se dispose en couches concentriques autour du follicule pour former la thèque.

Le follicule est mûr vers le dixième jour. Il fait une petite saillie à la surface de l'ovaire et est presque entièrement rempli de liquide. La face interne de sa paroi est tapissée par trois à quatre assises de cellules folliculeuses constituant la granulosa. En un

point ces cellules forment un petit amas au milieu duquel se trouve l'ovocyte.

La granulosa présente par endroit l'aspect d'un syncytium et est totalement avasculaire.

La thèque interne séparée de la granulosa par la membrane de Slowjanski est sillonnée de capillaires sanguins. *La thèque interne est le seul élément folliculaire ayant une structure endocrinienne : ce sont ses cellules qui sécrètent la folliculine.*

A cette période de maturité folliculaire l'ovaire est fortement congestionné.

Vers le 15^e jour le follicule se rompt. Le liquide s'échappe entraînant l'ovocyte. Au moment de la rupture, il se produit une hémorragie plus ou moins abondante.

2° DÉVELOPPEMENT DU CORPS JAUNE

Le corps jaune se développe aux dépens de la paroi du follicule rompu.

Les vaisseaux de la thèque interne pénètrent dans la granulosa auparavant avasculaire, ce qui explique la possibilité d'une hémorragie se produisant dans la cavité folliculaire peu après la rupture folliculaire. Les cellules granuleuses se développent et se chargent de lipides. Elles sont disposées en travées, entre lesquelles circulent de nombreux capillaires qui se dirigent vers le centre de cette nouvelle formation qui

constitue le corps jaune. Les cellules thécales persistent et ne subissent pas la transformation lutéinique.

Le corps jaune atteint son développement complet vers le 20^e jour. Il forme à la surface de l'ovaire un petit nodule jaunâtre. Les cellules granuleuses transformées sécrètent la progestérone (*Bouin et Ancel, Corner et Allen.*)

Le corps jaune apparaît comme une glande double : l'écorce thécale provenant de la thèque interne continue à sécréter de la folliculine, les cellules granuleuses transformées sécrètent la progestérone.

Si l'ovulation n'est pas suivie de fécondation, le corps jaune régresse, les cellules conjonctives augmentent à son intérieur et le transforment en un petit nodule fibreux : le corpus albicans. Les ovaires sont fortement congestionnés pendant la période d'activité du corps jaune.

Nous voyons donc, qu'au niveau de l'ovaire se succèdent les phénomènes suivants :

- maturation d'un follicule.
- rupture du follicule avec ovulation.
- formation d'un corps jaune.

On peut cependant observer des anomalies d'évolution :

- Le follicule peut ne pas arriver à maturité ;
- après la rupture folliculaire suivie d'ovulation, le follicule peut ne pas se transfor-

former en corps jaune. Ce fait permet d'expliquer un certain nombre de cycles ovulaires inefficaces par absence d'hormone progestative (*Dubreuil*).

— la formation d'un corps jaune ne succède pas toujours à l'ovulation : il s'agit d'un corps jaune par lutéinisation d'un follicule atrétique.

MODIFICATIONS AU NIVEAU DE L'UTERUS PENDANT LE CYCLE MENSTRUEL

L'ovaire, par son action hormonale, conditionne les modifications qui se produisent au niveau de l'utérus.

1° LES TRANSFORMATIONS DE LA MUQUEUSE UTÉRINE

Pendant les règles, toute la partie superficielle de la muqueuse utérine desquame.

Trois ou quatre jours après le début des règles, la muqueuse se régénère à partir de débris glandulaires restés au contact du muscle. Dans cette zone, on constate des *mitoses nombreuses*, et les cellules se multiplient activement. Quelques jours après, *les tubes glandulaires qui sont droits*, sont constitués par un épithélium cylindrique, dont le noyau occupe la majeure partie du cytoplasme. *Le chorion est lâche*

et œdémateux; dans sa partie superficielle il présente des cellules conjonctives et dans sa partie profonde de nombreux capillaires sanguins.

L'activité de la folliculine se manifeste donc : par une multiplication cellulaire intense, un œdème du chorion et des signes sécrétoires discrets. Cet aspect de la muqueuse correspond à ce qu'on appelle *l'état folliculinique*.

Après la rupture folliculaire, il apparaît du glycogène dans les tubes glandulaires. Cet aspect correspond à ce qu'on appelle *l'état folliculinique intermédiaire*. La présence de glycogène est sans doute due au début de l'action de la progestéronne (Moricard).

Puis l'activité du corps jaune, se surajoutant à celle de la folliculine, se manifeste de plus en plus. La muqueuse utérine se transforme fortement. Elle devient plus haute, la paroi conjonctive pousse des *épines qui déforment la lumière des tubes*. Les tubes glandulaires prennent une disposition en hélice et sur une coupe horizontale, les contours de la muqueuse festonnés et irréguliers donnent un *aspect de dentelle*. Les cellules de l'épithélium sont considérablement distendues par le mucus. *Le glycogène est abondant*. Le chorion n'est pas œdémateux. Les cellules du chorion deviennent plus grosses. Ce sont elles qui se transforment en cellules déciduales lors de la nidation de l'œuf. Les vaisseaux sont dilatés et nombreux. Cet aspect en dentelle de la muqueuse correspond à ce qu'on appelle : *l'état folliculino-lutéinique*.

A l'approche des règles, il apparaît dans le chorion des plages hémorragiques; l'épithélium présente des signes de dégénérescence et desquame.

Ainsi donc, la muqueuse utérine passe par trois stades successifs :

- état folliculinique ;
- état folliculinique intermédiaire ;
- état folliculino-lutéinique.

Ces trois aspects de la muqueuse utérine permettent de suivre les différentes phases du cycle ovarien et d'orienter dans certains cas le diagnostic vers un trouble d'activité hormonale.

MORICARD a bien insisté sur l'importance de cette exploration cyclo-hormonale. Les prélèvements d'endomètre sont faits par aspiration avec la canule de Novak et en cas d'échec avec une petite curette à bords parallèles. Ils sont couramment faits à la consultation, ne nécessitant pas de soins spéciaux ni avant ni après.

Les travaux d'ANCEL et de BOUIN ont démontré que la « dentelle utérine » est la conséquence de l'action de la progestérone. Cependant pour que l'action de la progestérone se manifeste il faut qu'il existe un certain rapport entre la quantité de folliculine et de progestérone. Ce rapport, d'après des recherches récentes, est d'environ : P

$$— = 2$$

F

Dans l'état folliculinique intermédiaire nous avons vu que l'apparition de glycogène semble liée au début

de l'activité du corps jaune. Cette apparition n'est toutefois pas spécifique de l'action de la progestérone, car on a pu obtenir avec la folliculine seule des traces de glycogène (CORNER). D'autre part, MORICARD a observé trois cas « où malgré l'activité sécrétoire de la muqueuse et la présence d'épines conjonctives, il n'y avait pas de glycogène ». Il conclut cependant en disant que « l'action de la progestérone est un des facteurs qui conditionnent l'apparition massive du glycogène dans l'épithélium utérin ».

Signalons, que dans certains cas de fonctionnement ovarien normal, la muqueuse utérine peut ne pas être apte à subir toutes les transformations que nous avons décrites. On parle alors, dans ces cas, de troubles de réceptivité. C'est ce que l'on observe, par exemple, lorsque l'utérus est resté petit et hypoplasique.

2° MODIFICATIONS DE LA CONTRACTILITÉ

Pour étudier la contractilité utérine, nous nous servons de l'appareil de Riazi qui présente un manomètre extrêmement sensible et qui donne directement la pression utérine.

Nous injectons 1/2 cc. de lipiodol fluide à 20 % et presque immédiatement nous pouvons enregistrer les résultats.

Pendant la période folliculinique, le pouls utérin est perceptible, les contractions utérines nettes, assez amples et fréquentes.

Pendant la période folliculino-lutéinique, le tonus

s'abaisse, les contractions deviennent plus rares et à peine perceptibles. Les contractions redeviennent plus nettes 24 heures avant la menstruation.

Cliniquement, le toucher vaginal permet souvent de constater une différence de consistance de l'utérus pendant ces deux phases. Avant l'ovulation, l'utérus est ferme, après il est plus ou moins mou.

Cette modification de la contractilité utérine au cours du cycle menstruel est exagérée par la méthode de Knauss, et devient ainsi plus évidente.

Méthode de Knauss : Après injection d'hypophyse postérieure, la contractilité utérine augmente pendant la phase folliculinaire. En période d'activité du corps jaune, l'action de l'hypophyse disparaît : la progestérone ayant une action inhibitrice. Knauss admet que l'action du corps jaune se fait sentir 24 à 48 heures après son début.

MODIFICATIONS AU NIVEAU DU COL DE L'UTÉRUS

Ces modifications sont facilement constatables au niveau du col utérin.

Dans les jours qui suivent la fin des règles, du 6^e au 12^e jour, le col contient une petite glaire non filante.

Pendant la période qui correspond au follicule mûr, du 12^e au 16^e jour, le col est plus ou moins congestionné, violacé, avec un orifice entr'ouvert qui contient une glaire transparente, abondante et filante.

Dès le 17^e jour, cette sécrétion cervicale n'est plus filante, puis pendant toute la phase lutéinique le col redevient normal, presque sec, et l'orifice se ferme.

La veille des règles, une petite glaire filante et transparente réapparaît.

Ainsi donc, du 12^e au 16^e jour, pendant l'œstrus, le col contient une glaire transparente, filante et abondante. SÉGUY a insisté sur l'importance de cette glaire dans la fécondabilité.

Cette sécrétion intermenstruelle n'est pas sous la dépendance directe de l'ovulation, mais semble liée à une hyperactivité de la folliculine sécrétée au maximum pendant l'ovulation.

Pendant la phase lutéinique, la sécrétion disparaît, la progestérone inhibant l'action de la folliculine sur les glandes cervicales.

Expérimentalement, on peut provoquer chez la femme, par injection de benzoate d'œstradiol, l'apparition de cette glaire filante, transparente et abondante.

Une sécrétion anormalement abondante ou prolongée peut faire penser à un déséquilibre folliculo-lutéinique avec un taux de folliculine trop élevé ou un taux de progestérone trop bas.

Cliniquement, ces différentes phases sont perceptibles à l'examen gynécologique. STAPPER, qui examinait ses malades tous les jours, avait bien remarqué qu'il se produisait chaque mois deux vagues corres-

pendant l'une à la maturation du follicule, l'autre à la maturation du corps jaune. Pendant ces périodes, il existe un certain degré de congestion pelvienne, l'utérus est plus gros et on constate l'augmentation de volume de l'ovaire. C'est pourquoi il est important pour mieux apprécier les lésions de faire un examen gynécologique immédiatement après les règles.

Toutes ces modifications se produisant au niveau de l'appareil génital, s'accompagnent en général de signes témoignant d'une instabilité du tonus vago-sympathique : nervosité, migraine, état nauséeux, diarrhée, constipation. Ils sont normalement peu marqués et de courte durée et surviennent surtout avant les règles.

MODIFICATIONS DE LA COURBE THERMIQUE

L'allure de la courbe thermique change nettement au cours du cycle.

Pendant la période folliculinaire, la température du matin est généralement au-dessous de 37°, puis à la fin de la phase d'ovulation, il se produit un décalage, la température montant au-dessus de 37° en période lutéinique (PALMER et DEVILLERS).

Une biopsie d'endomètre faite avant le décalage, montre un état folliculinaire sans glycogène. Après le décalage, on constate la présence de glycogène (PALMER), qui est considérée comme un test d'action de la progestérone au début (MOCQUOT et MORICARD).

Nous avons donc, par l'examen clinique et surtout par l'étude des biopsies d'endomètre, de la courbe thermique et de la contractilité utérine, la possibilité de situer la crise intermenstruelle par rapport à l'ovulation.

OBSERVATIONS
DE
CRISES INTERMENSTRUELLES
UNIQUEMENT DOULOUREUSES

Obs. I. — Cona..., 30 ans.

Suivie depuis 1934 pour stérilité primaire.

Depuis appendicectomie d'urgence en 1928 (douleur F.I.D. pas de t°, pas de vomissements), se plaint d'une *crise douloureuse* survenant 15 jours après le début des règles, et qui dure parfois une heure, parfois une demi-journée. C'est une douleur médiane, sourde, donnant une sensation de pesanteur.

Règles régulières tous les 28 jours, sans douleur. Seins douloureux pendant les règles et pendant les 5, 6 jours qui les précèdent et qui les suivent.

Antécédents : En 1934, a eu plusieurs insufflations tubaires qui ont été tantôt positives, tantôt négatives.

En 1935 est opérée pour une rétroversion réductible (la crise intermenstruelle persiste après l'opération).

Le 25 Avril 1939 revient à la consultation pour les mêmes troubles.

DR = 10-14 Avril.

Crise douloureuse le 22 (13° jour du cycle).

A l'examen on constate (16° jour) :

sp = col normal et *complètement sec*.

TV = utérus d'une mobilité remarquable en antéversion normale.

Revue en Septembre 1940 enceinte de six mois et demi.

Obs. II. — Leb..., 40 ans.

Vient consulter en Mars 1939 pour :

Douleurs du bas-ventre depuis sept ans. Ces *douleurs* surviennent 15 jours avant les règles, siègent uniquement à

droite et sont vives pendant trois nuits. Depuis deux mois, irradiation vers la face antérieure de la cuisse droite.

A l'examen :

Utérus augmenté de volume.

En arrière et à droite, induration sensible au toucher qui doit être l'annexe.

Traitement : diathermie.

— En Avril : les 9, 10 et 11, douleur à droite avec irradiation vers la cuisse. Le 10, elle fait son décalage thermique. Les règles surviennent du 23 au 29 Avril.

— Le 5 Mai (13^e jour du cycle), se plaint d'une douleur irradiant vers la face antérieure des cuisses.

A l'examen :

Col gros, congestionné, violacé. La glaire obtenue par expression du col est louche.

Utérus gros, congestionné. Les annexes sont normales.

Gonorréaction : négative.

Lipiodol : cavité normale. Les deux trompes sont injectées. La radio de contrôle montre un passage normal.

— Revue le 17 Janvier 1941 (sur convocation).

De Mai 1939 à Avril 1940, ne souffre presque plus.

D'Avril 1940 à Octobre 1940, très légère sensibilité, plutôt sensation de malaise qui survenait trois nuits de suite. Tout disparaissait très rapidement.

Depuis Octobre 1940 recommence à souffrir. Les douleurs surviennent la nuit et siègent à droite. Elles débutent brusquement, sont vives pendant une heure et demi avec irradiation dans la cuisse. Règles régulières, dysménorrhée du 1^{er} jour depuis un an. Cette douleur est absolument identique, à celle de la période intermenstruelle.

DR = 28 Décembre, 4 Janvier.

Crise douloureuse dans les nuits du (13-14), (14-15), (15-16).

A l'examen, le 17 Janvier :

Utérus gros, plus développé au niveau de la corne droite. On sent les deux annexes.

Insufflation tubaire = positive.

Biopsie endomètre (un jour après la fin de la crise douloureuse) = état folliculinique intermédiaire. Glycogène basal et apical.

OBS. III. — Lec..., 29 ans.

Vient consulter le 9 Mai 1939 pour :

Douleurs du bas-ventre, survenant 8 jours avant les règles et durant deux jours.

Seins gonflés et douloureux à ce moment.

Règles régulières tous les 25-26 jours. Dysménorrhée primaire pendant toute la durée des règles, mais plus intense depuis la dernière opération.

Ant. : Opérée en 1929 et 1936 pour grossesse extra-utérine.

A l'examen, on constate :

Une vaso-dilatation cervicale intense.

Un utérus un peu gros, irrégulier. Il semble exister un fibrome de la corne droite.

Il doit rester à droite un fragment d'ovaire.

Trait. : Diathermie.

OBS. IV. — Fac..., 37 ans.

En Octobre 1940, vient consulter pour :

Douleurs du bas-ventre bilatérales mais surtout à gauche, depuis deux ans.

Ces douleurs surviennent par crises, apparaissent une dizaine de jours après les règles et durent cinq à six jours. La douleur débute brusquement, dure une minute et se reproduit six à sept fois dans la journée. Elle n'est jamais très vive.

La malade a également remarqué que pendant cette période douloureuse, elle a des *perles blanches* ne tachant pas et n'empesant pas le linge, et un *gonflement douloureux des seins*.

Règles régulières et non douloureuses.

Ant. : Myomectomie par voie vaginale en 1938, pour fibrome de la face antérieure de l'isthme.

Un lipiodol fait avant l'opération avait montré : une cavité normale. Une obturation tubaire du côté gauche, une sténose ou obturation du côté droit.

En 1939 *gonoréaction* = négative.

— *DR* = 3-7 Octobre.

La douleur a commencé le 11 Octobre et dure encore.

Le 14 Octobre (12^e jour du cycle) on trouve :

sp = col un peu congestionné avec une petite glaire un peu filante.

TV = utérus normal avec un paramètre gauche empâté.

Le 14, dans l'après-midi : *douleur vive* pendant deux heures. Le lendemain le ventre et les seins sont sensibles.

Pendant ces deux jours (14 et 15), pertes claires comme de l'eau.

Le 15, elle fait son décalage thermique.

Le 16, elle n'a presque plus de pertes, le ventre est encore un peu douloureux.

A l'examen le 18 Octobre (16^e jour), on note :

Col normal, avec petite glaire non filante.

— *Puis elle a ses règles du 28 au 31 Octobre.*

Le 4 Novembre (8^e jour du cycle), on constate :

sp = col violacé, légèrement entr'ouvert, avec une glaire filante et transparente.

TV = paramètre gauche rétracté.

Elle reçoit ce jour 10 mg. de stérandryl.

Le 7 (11^e jour), elle accuse une très légère sensibilité du bas-ventre.

Le 9. (13^e jour), elle fait son décalage thermique.

Elle aura à partir du 4 Novembre jusqu'au 6 Janvier, 10 mg. de stérandryl une fois par semaine.

— Elle a ensuite ses règles du 22 au 24 Novembre et du 19 au 22 Décembre. Pas de crise douloureuse pendant cette période intermenstruelle.

— Le 30-31 Décembre (12^e-13^e jours) : douleurs dans le bas-ventre, vives pendant toute la nuit. Dans les cinq, six jours qui suivent, il persiste une légère douleur surtout à gauche.

Le 2 Janvier (15^e jour), elle fait son décalage thermique.

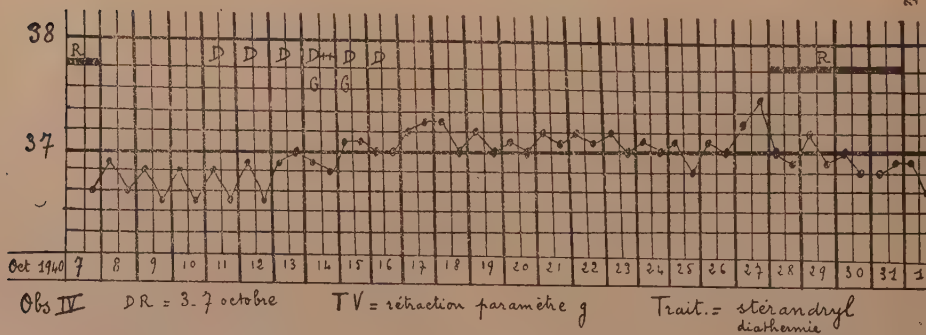
Depuis le traitement par le stérandryl, la malade dit qu'il y a une grande amélioration : la douleur lorsqu'elle existe est nettement moins forte, les seins ne sont plus douloureux, les pertes sont moins abondantes.

En Janvier 1941, on refait un lipiodol, qui donne des images identiques à celles de 1938.

Après le traitement par le stérandryl, on lui prescrit 10 séances de diathermie, la première le 21 Janvier.

Pas de crises pendant les périodes intermenstruelles : Janvier-Février, Février-Mars.

Une insufflation tubaire faite le 18 mars au 11^e jour du cycle donne une courbe de passage. A l'auscultation on a un passage net à droite ; plus faible et plus intermittent à gauche (il existe peut-être des adhérences péritubaires gauches).



OBS. V. — Fon...

Vient consulter le 1^{er} Mai 1939 pour :

Douleurs du bas-ventre, médianes, survenant 8 jours après les règles.

Gonflement douloureux des seins à ce moment.

Ant.: hystéropexie il y a quatre ans.

— DR = 20-25 Avril.

Depuis le 30 Avril se plaint de douleurs du bas-ventre et de la région lombaire.

Examen (12^e jour du cycle)

sp = sécrétion cervicale abondante et transparente.

Col congestionné.

TV = rétroversion, l'annexe gauche est un peu grosse.

Le 8 Mai, les douleurs sont moins fortes. Les seins sont très douloureux depuis les dernières règles.

A l'examen (19^e jour) on note :

- un col normal avec une petite glaire cervicale,
- ovaire gauche un peu gros.

Elle fait son décalage thermique le 8.

Une biopsie prémenstruelle faite le 15 Mai (26^e jour) montre : un état folliculino-lutéique typique.

OBS. VI. — Ju., 29 ans.

Vient consulter en Janvier 1939 pour :

- FC à répétition.

- Douleurs abdominales surtout à gauche, pendant la période intermenstruelle.

- Seins constamment douloureux depuis un an.

Règles régulières, dysménorrhée du 1^{er} jour, obligeant la malade à se coucher.

Ant. = 3 F. C. non provoquées (2 mois-3 mois-3mois et demi). BW : négatif.

A l'examen :

utérus petit, hyper-antéfléchi.

Un lipiodol fait le 1-2-39 montre : une cavité normale, avec un passage tubaire bilatéral à la radio de contrôle.

Une biopsie prémenstruelle faite le 10 février montre : un état folliculinique intermédiaire. Traces extrêmement minimes de glycogène.

— *Règles du 13 au 16 février.*

Le 27 février (15^e jour) = douleur intense du bas-ventre pendant un seul jour.

L'examen de la feuille de température pendant la période intermenstruelle Février-Mars montre : des oscillations très irrégulières allant de 37°8 à 36°7 pendant la première moitié de l'intermenstrum. A partir du 28 février, la température est toujours nettement au-dessus de 37° atteignant parfois 37°8, mais avec des oscillations beaucoup plus faibles.

Pas de crise douloureuse en Mars-Avril, Avril-Mai.

Puis elle a ses règles du 7 au 10 Mai.

Une nouvelle biopsie prémenstruelle faite le 2 Mai, avait donné un résultat identique au premier.

Le 22 Mai (16^e jour du cycle), elle est prise d'une douleur intense, dans le bas-ventre ; durée, un seul jour.

Le lendemain, elle a des pertes blanches très abondantes.

Le 23, on constate une petite glaire, transparente, peu abondante.

OBS. VII. — Kal... 30 ans.

Vient consulter en Octobre 1940 pour :

Crise douloureuse survenant vers le 14^e jour après le début des règles depuis 2 ans.

La douleur débute brusquement dans le bas-ventre à gauche, puis siège des deux côtés. Elle dure cinq, six heures, très intense, empêchant toute activité. En même temps rougeur très marquée de la face.

Pertes jaunes assez abondantes.

Réglée tous les 28 jours. Dysménorrhée du premier jour. Dyspareunie primaire. Stérilité primaire.

Ant.: appendicectomie.

A l'examen on trouve :

un utérus hyperantéfléchi

une masse à droite présentant une partie inférieure dure et une partie supérieure plus diffuse.

Revue en Mars 1941, enceinte de 2 mois.

OBS. VIII. — Tho... 33 ans.

En 1938, vient consulter pour *douleurs survenant 8 jours avant les règles* et pertes blanches pendant les trois, quatre jours qui précèdent les règles.

Les troubles apparurent après un accouchement en 1930.

Règles régulières, dysménorrhée du premier jour, moins forte depuis son opération.

Ant.: périnéorraphie en 1937.

DR = 31 Décembre-3 Janvier.

Le 18 (19^e jour), crise douloureuse dans le bas-ventre à droite, durée deux heures.

Le 19, souffre à plusieurs reprises dans la journée.

Le 24, à l'examen, on ne trouve rien d'anormal.

Trait.: sympathyl (qui donne une amélioration).

En 1939 revient pour les mêmes troubles.

DR = 20-23 Janvier.

Le 3 Février (15^e jour): douleurs dans le bas-ventre surtout à droite, très vives, obligeant la malade à se coucher. Elle prend 3 comprimés de sympathyl et 1 heure après, la douleur disparaît complètement.

Le 6 février, on trouve à l'examen :

un cul de sac droit moins souple que le gauche.

Un lipiodol fait le 15 février 39 montre : une cavité utérine normale. La trompe gauche est injectée, la droite ne l'est pas.

OBS. IX : G... 25 ans (Malade ayant fait l'objet d'une communication à la Société de gynécologie et d'obstétrique par Moricard et Palmer).

Est examinée d'urgence, le 25 juillet, pour une crise douloureuse abdominale violente.

Le 24 Juillet (16^e jour du cycle), brusquement douleurs très vives, généralisées à tout le bas-ventre, ayant nécessité la morphine.

DR = 9-13 Juillet, normales.

Ant.: La malade a déjà eu des crises analogues mais moins violentes. Règles durant 3-4 jours, douloureuses 1 fois sur 2. La douleur siège toujours du côté gauche.

1 enfant. Malgré sevrage déjà ancien de plus de 2 ans, il persiste une sécrétion lactée.

Examen (M. Palmer)

TV = utérus en rétroversion.

Douglas extrêmement douloureux

Annexe gauche paraît grosse et sensible

La température est à 37°6, le pouls à 100.

On pose le diagnostic d'hémopéritoine probable et on évoque la possibilité d'une origine ovarienne.

Opération le 25 Juillet (17^e jour). Opérateur, M. Palmer.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

A l'incision du péritoine, liquide séro-sanguinolent.

L'utérus est en rétroversion mais paraît sain, ainsi que les trompes.

L'ovaire droit est micropolykystique, l'ovaire gauche est

gros, d'aspect oedémateux, avec une saillie violacée du volume d'une grosse noisette, d'où sourd un peu de sang.

On pratique une castration bilatérale, une fixation utérine et l'auto-greffe ovarienne dans les grandes lèvres avec 2 tranches minces de l'ovaire droit.

Examen histologique de l'ovaire

Trompes normales. L'ovaire droit est un peu micro-polykystique. L'ovaire gauche montre, à la section passant par la bosselure saignante : *un corps jaune jeune et hémorragique*, saignant par l'orifice de rupture du follicule et un oedème du stroma. La transformation lutéinique semble englober les cellules thécales et les cellules granuleuses.

Fonctionnement des greffes vulvaires

Elles gonflent toutes les deux le 10 novembre pour la première fois. La malade a ses règles du 26 au 30 novembre puis du 21 au 25 décembre.

Le 7 Janvier la greffe gauche se met à grossir.

Le 8 Janvier (19^e jour) sans aucune cause provocatrice, la malade ressent brusquement une douleur vive dans sa grande lèvre gauche. Le lendemain, elle ne peut se tenir assise à cause de la douleur; elle constate que sa grande lèvre est ecchymotique. Le 10 janvier, on constate une ecchymose le long de la grande lèvre gauche, la greffe est grosse, dure et douloureuse.

Une biopsie d'endomètre faite le 10, 36 heures après l'hémorragie dans la grande lèvre, 11 jours avant les règles, montre : un état folliculinique. La preuve du développement folliculaire est démontrée par l'augmentation du volume de la greffe qui a environ 4 cm. de diamètre.

Une nouvelle biopsie faite le 18 Janvier, 3 jours avant les règles, montre un état folliculino-lutéinique. Ce qui permet de conclure qu'il y a eu dans la greffe, transformation lutéinique de la granulosa.

Les effets de lutéinisation étant un critère d'action hormonale antéhypophysaire, Moricard et Palmer concluent pour

cette malade qui présente des lésions de lutéinisation hémorragique à l'existence d'un trouble de la sécrétion antéhypophysaire.

OBS IX bis : Mlle A... 22 ans (observation communiquée par Palmer). Consulte en 1942 pour :

oligoménorrhée.

douleurs à droite survenant surtout vers la fin des règles.

crise intermenstruelle survenant 10 à 15 jours avant les règles, avec douleurs dans le bas-ventre à droite pendant 1-2 jours.

Examen :

TR = utérus en demi-rétroversion.

les deux ovaires sont perceptibles.

Le 28 mai 1942, à l'examen (DR = il y a une quinzaine de jours) :

TR = utérus en demi-rétroversion.

ovaire droit prolabé.

ovaire gauche prolabé et kystique.

Au cours de l'examen et sous la pression du doigt le kyste disparaît. Immédiatement, apparition d'une douleur pelvienne diffuse et continue identique, d'après la malade, à celle de sa crise intermenstruelle.

Quelques minutes après, au toucher rectal, le Douglas, qui était auparavant indolore, est nettement douloureux.

Ainsi donc, chez cette malade, la rupture d'un kyste vraisemblablement folliculaire a provoqué immédiatement une crise intermenstruelle typique.

Chez cette malade, la température qui avait été prise au cours d'un cycle, avait montré que ses douleurs apparaissent avant le décalage thermique.

Observations	Age	Début de la maladie ?	Date par rapport à l'âge	RA	RU	D	G	Sérum de l'urine	Deuilage	Rubéole	Dysménorrhée	FC	ECG	Insufflation	Lipiodol	Biopsies	Intervention	Médecine	Analyses	Opérations gynécologiques
I	30	10 ans	13	12	14	14	14			13	0	0	1	+				0	0	résection de la prostate
II	40	7 ans	13	14	14	14	14		13	15	0	0	1	+	état folliculaire		AD	0	0	résection de la prostate
III	39	26				3	3	+			+		1		état folliculaire		0	0	0	résection de la prostate
IV	37	2	26	27	27	27	27	+	19	0	0	0	1	+	état folliculaire		AC	+	0	résection de la prostate
V			27	27	27	27	27	+	19	0	0	1			état folliculaire		AD	0	0	résection de la prostate
VI	29	29	14	14	14	14	14	+	16		+	3	0		état folliculaire		0	0	0	résection de la prostate
VII	30	2	28	28	28	28	28				+	0	0		état folliculaire		AD	0	0	résection de la prostate
VIII	33	8	30	30	30	30	30			15	+	0	2		état folliculaire		0	0	0	résection de la prostate
IX	25		26							15	+	0	2		état folliculaire		0	+	0	résection de la prostate

Crises douloureuses intermenstruelles

En résumé.

La crise douloureuse intermenstruelle a été observée (tenant compte du début d'apparition), surtout chez des malades aux environs de la trentaine.

Toutes ont des règles régulières, mais 6 sont dysménorrhéiques.

Sur nos 9 malades, aucune n'est restée stérile :

6 ont eu au moins 1 enfant ;

2 autres sont devenues enceintes depuis l'examen ;

1 faisait des fausses couches à répétition en rapport très probablement avec une insuffisance du corps jaune.

Nous ne pouvons donc invoquer comme seule cause de la crise douloureuse, une lésion importante de l'appareil génital.

Nous n'avons fait entrer dans le cadre des crises douloureuses intermenstruelles, que les cas où la crise a été nettement située et précisée dans son apparition et sa durée, soit par notre observation continue de la malade, soit par la malade elle-même.

A. — SITUATION DE LA CRISE DANS LE CYCLE .

Dans ces observations, nous avons essayé de situer la crise douloureuse par rapport à l'ovulation et cela par :

1° *l'étude de la courbe thermique :*

Dans 4 cas (II, IV, V, VI), la température prise régulièrement matin et soir pendant un mois (au moins, nous a permis de constater : que la douleur débute toujours avant le décalage thermique, s'arrête ou diminue nettement lorsque la température du matin est montée au-dessus de 37°, sauf dans le cas II, où, la douleur ayant débuté la veille du décalage, s'est prolongée le lendemain. Dans le cas IV, la douleur qui durait 4-5 jours, présentait une exacerbation nette de quelques heures avant le décalage et lors d'une crise douloureuse une légère sensibilité a persisté après. Dans le cas VI, où la douleur ne dure qu'un seul jour, l'examen de la feuille de température nous a montré qu'elle se produisait la veille du décalage thermique.

2° *l'étude de l'endomètre :*

Dans le cas II, une biopsie d'endomètre faite 1 jour après la fin de la crise montre : un état folliculinique intermédiaire avec présence de glycogène.

Dans le cas IX, une biopsie faite 36 heures après l'hémorragie dans la grande lèvre montre : un état folliculinique.

3° *l'examen du col :*

Dans les cas I, II, IV, V, l'examen au spéculum, pendant la période douloureuse, nous a montré un

col congestionné, violacé, souvent entr'ouvert et contenant une glaire transparente, filante et abondante.. Après la crise, le col était moins congestionné et ne contenait plus qu'une petite glaire non filante.

4° *la laparotomie exploratrice* qui :

Dans le cas IX, fut pratiquée le lendemain de la crise douloureuse, permit de constater l'existence d'un corps jaune jeune.

AU TOTAL : L'analyse de ces neuf cas semble montrer que la crise douloureuse intermenstruelle survient bien pendant la période de maturité folliculaire, au moment de l'ovulation.

B. — RECHERCHE DE LA CAUSE DE LA CRISE

Nous avons essayé de trouver la cause de la crise en recherchant :

- soit une lésion locale infectieuse ou non;
- soit un trouble hormonal.

1. *Recherche d'une lésion locale*

a) *Dans 5 cas, on peut incriminer une lésion tubaire.*

1° Dans le cas VII, elle est importante et unilatérale. Cette malade devint enceinte quelques mois après ;

2° Dans les cas IV et VIII, il y avait des signes cliniques très discrets et des signes radiologiques après injection de lipiodol. Dans le premier cas, cliniquement on constate une rétraction du paramètre gauche. Une insufflation tubaire donne une courbe de passage ; à l'auscultation on entend un passage certain à droite, plus faible et intermittent à gauche. Une hystérosalpingographie faite 2 ans auparavant avait montré une obstruction tubaire gauche. Dans le deuxième cas, le cul de sac droit est moins souple que le gauche et à l'hystérosalpingographie la corne droite n'est pas injectée ;

3° Dans le cas II, il existait une lésion passagère et discrète cliniquement, avec une gono-réaction négative et une hystérosalpingographie ultérieure tout à fait normale. Chez cette malade, on ne trouve plus rien d'anormal après un traitement diathermique. Cela nous fait penser que la lésion infectieuse, si elle existait, n'était pas très ancienne, or la crise douloureuse durait depuis 7 ans. Elle a d'ailleurs persisté après cette guérison, moins forte pendant 1 an environ.

4° Dans le cas V, on trouve une annexe un peu grosse et une rétroversion qui explique peut-être la durée prolongée des douleurs (8 jours), qui d'ailleurs ne sont pas très fortes.

b) Dans 1 cas (III), il semble exister un fibrome de la corne droite.

Il faut remarquer que cette malade se plaint de dysménorrhée primaire et qu'elle a été opérée de deux grossesses extra-utérines. Peut-être, existe-t-il chez elle une lésion ou une malformation ancienne, de nature indéterminée ?

c) Dans un cas (I), la malade vient consulter pour une stérilité primaire. On constate l'existence d'une *rétroversion réductible*. On lui fait une hystéropexie ; la crise douloureuse intermenstruelle persiste et une grossesse se produit 5 ans après. Chez elle, on ne trouve aucune lésion infectieuse et la *rétroversion* initiale ne suffit pas à expliquer l'existence de la crise.

d) Dans 1 cas (VI), cliniquement on trouve un *utérus petit et hyperantéfléchi*. Le lipiodol montre une cavité normale, ce qui nous permet de dire que l'hypoplasie porte sur la musculature utérine.

2. Recherche d'un trouble hormonal

— Dans le cas VI, qui faisait des fausses couches à répétition avec un BW négatif, l'existence d'un endomètre prémenstruel anormal : état folliculinique intermédiaire avec traces de glycogène, fait penser à une action insuffisante de la progestérone.

— Dans le cas IV, l'existence de pertes glaireuses anormalement abondantes, accompagnées d'un gonflement douloureux des seins, peut faire penser à une hyperactivité de la folliculine. Trois autres malades

présentaient des seins douloureux au moment de la crise.

Doit-on parler dans ce cas d'hyperfolliculinisme? Actuellement, de nombreux hormonologistes (MORICARD, VARANGOT, etc.) veulent réagir contre la facilité trop grande avec laquelle on parle d'hyperfolliculinisme : on ne devrait employer ce terme que lorsqu'il existe une hyperplasie glandulo-kystique de l'endomètre. Cependant, dans l'hyperfolliculinisme, il doit y avoir tous les degrés avant d'arriver à cet état qui nécessite peut-être des doses élevées de folliculine. Nous n'avons fait faire pour nos malades aucun dosage. Nous ne pouvons donc parler d'hyperfolliculinisme même dans les cas où cliniquement nous arrivons à en soupçonner l'existence.

— Dans le cas IX, MORICARD et PALMER concluent à l'existence d'un trouble de la sécrétion antéhypophysaire.

Nous voyons donc, que chez ces malades nous pouvons incriminer des causes multiples et variées qui, bien souvent, d'ailleurs, ne suffisent pas à expliquer la crise douloureuse.

CL. BÉCLÈRE finit par trouver chez toutes ses malades une lésion infectieuse parfois minime. Cependant, nombreuses sont les malades qui ont une lésion génitale et qui pourtant ne font pas de crise intermenstruelle. (Nous avons trouvé parmi les crises uniquement douloureuses une proportion plus élevée de cas avec lésion génitale que dans les cas mixtes avec

douleur et hémorragie, mais cela tient peut-être au nombre plus élevé de cas mixtes).

L'existence d'une lésion ne suffit pas à expliquer l'existence de la crise. Un autre facteur non moins important intervient à notre avis : c'est le terrain, l'état neuro-végétatif. Beaucoup de nos malades sont des nerveuses, des émotives, faisant facilement des crises de vaso-dilatation au niveau de la face. On peut donc penser que chez elles, il existe un état neuro-végétatif facilement modifiable, hypersensible, le moindre petit incident pouvant provoquer des réactions exagérées.

C. — QUELLE EST L'ORIGINE DE LA DOULEUR ?

La douleur est-elle ovarienne ?

Les anciens auteurs avaient pensé que la crise douloureuse était due à une ovulation pénible au niveau d'un ovaire malade. Il semble que l'ovaire ne soit pas seul en cause : la douleur ne siège pas toujours tantôt à droite, tantôt à gauche ; elle est le plus souvent médiane ou bilatérale et dans les cas où la douleur siège toujours du même côté, on ne peut admettre qu'un ovaire seul fonctionne.

La douleur est-elle péritonéale ?

Lorsque la douleur survient brusquement vers la fin de l'œstrus, il est très probable quelle est en rapport

avec l'irritation du Douglas produite par un épanchement sanguin provenant de la rupture folliculaire.

Le cas IX doit être rangé dans cette catégorie : la douleur a été tellement **brutale avec un Douglas** excessivement douloureux, que **malgré la connaissance** de crises intermenstruelles antérieures, malgré la coïncidence de cet accident avec la période d'ovulation, on se décide à intervenir. Ce même mécanisme peut être invoqué même si les accidents sont moins dramatiques.

La douleur est-elle utérine ?

Le cas XVIII, que nous étudierons plus tard, fut examiné en pleine crise douloureuse : le Douglas était absolument indolore et souple, le toucher vaginal ne provoquait aucune douleur. Le passage de l'hystéromètre était douloureux au niveau de l'isthme et en touchant le fond utérin, on provoquait une douleur absolument identique aux douleurs des périodes d'exacerbation.

Ici, la douleur paraît nettement utérine. Est-elle due à des contractions utérines qui au moment de l'œstrus sont plus amples qu'avant ? Nous n'avons pas vérifié chez notre malade si le fait de toucher le fond utérin provoquait une contraction. Mais nous avons très souvent observé, au cours d'examens hystérotonométriques, que le fait de faire une injection médicamenteuse dans la cuisse, ou même d'en par-

ler, suffisait à provoquer une contraction utérine non douloureuse. Mais dans le cas XVIII, pourquoi cette contraction entraînerait-elle une perception douloureuse ? Ceci nous conduit à faire un rapprochement avec la dysménorrhée : DOUAY a insisté sur cette hyperesthésie de l'utérus se traduisant par la douleur provoquée par un hystéromètre au contact du fond utérin. Remarquons que notre malade était dysménorrhéique.

La douleur est-elle salpingienne ?

Lorsqu'elle prédomine du côté de la lésion annextielle, il est logique d'admettre que la trompe malade au niveau de laquelle la congestion de l'œstrus doit être plus accentuée, provoque des phénomènes douloureux.

Dans les cas où il n'existe pas de lésion annextielle, VOLLMANN pense que la douleur est déclenchée par des spasmes de la trompe déterminés par le cycle ovarien.

Il semble donc que la douleur soit tantôt ovarienne, péritonéale, utérine, ou salpingienne.

Signalons que SCHICKELÉ et KREIS pensent que la douleur est souvent d'origine intestinale.

En somme : l'analyse de nos 9 cas semble montrer que la crise douloureuse intermenstruelle sur-

vient pendant la période de maturité folliculaire, au moment de l'ovulation.

Elle a une durée variant de quelques heures à 5-6 jours. C'est tantôt une sensation de pesanteur, tantôt une douleur vive, continue avec des exacerbations, tantôt une douleur intermittente survenant par crises. Souvent, lorsqu'elle est prolongée, elle présente un maximum vers la fin de l'œstrus. Dans le plus grand nombre de cas (7 sur 9), la douleur est médiane ou bilatérale. Dans un seul cas, elle siégeait uniquement à droite.

La crise se reproduit chaque fois d'une façon presque identique pour chaque malade.

OBSERVATIONS
DE
CRISES INTERMENSTRUELLES
AVEC DOULEURS ET PERTE DE SANG

OBS. X. — A... Y., 26 ans.

Vient consulter le 13 Février 1939 pour des pertes de sang intermenstruelles durant depuis 4 à 5 ans.

8 jours après la fin des règles, elle a des pertes blanches striées de sang. Ces pertes durent 3-4 jours au plus et s'accompagnent de douleurs dans la fosse iliaque gauche.

De plus, 8 à 10 jours après la fin des règles, elle a des seins gros et douloureux jusqu'aux règles suivantes.

Règles régulières tous les 28 jours, pendant 5 jours, sans douleurs.

Ant.: opérée en 1929 pour kyste dermoïde de l'ovaire droit.

— DR = 30 Janvier-4 Février.

Pertes rosées du 9 au 12 Février (11^e au 14^e jour du cycle).

Le 13 (15^e jour du cycle), elle se plaint d'une douleur au niveau de la fosse iliaque gauche.

A l'examen, le 13 Février, on constate :

sp. = glaire transparente et filante au niveau de l'orifice cervical.

TV = utérus plutôt petit, en antéflexion. Les annexes ne sont pas perceptibles.

Le 23 Février, 3 jours avant les règles, on fait une biopsie endo-utérine qui montre: un état folliculino-lutéinique. Pas de glycogène. Chorion œdémateux avec aspect histologique assez atypique.

— Elle est revue le 13 Mars (16^e jour).

DR = 26 Février-3 Mars.

Elle n'a pas encore de pertes et pas de douleurs.

L'examen au spéculum montre une glaire légèrement bru-

naître (16° jour). Revue le 15 mars (18° jour), elle accuse une petite douleur à gauche et a des pertes blanches abondantes.

A l'examen :

sp. = pertes glaireuses très abondantes, filantes et transparentes.

TV = utérus plutôt petit, sans rien d'annexiel.

Le 16 mars on constate au

sp. = glaires cervicales très abondantes, filantes et transparentes.

Une hystérosalpingographie montre une cavité globuleuse avec une très petite image lacunaire au niveau de l'isthme. La trompe gauche est injectée à direction ascendante.

OBS. XI. — Bar... 32 ans

Vient consulter en juin 1930 pour :

Douleurs du bas-ventre et de la région lombaire depuis 1 an. Depuis 3 mois les douleurs sont plus fortes et elle perd du *sang noirâtre pendant 1 jour ou 1 jour et demi, 15 jours après le début des règles.*

Règles tous les 28, 29 jours. Dysménorrhée du premier jour, obligeant parfois la malade à se coucher.

Ant.: un enfant il y a 9 ans.

DR = 18-21 *Juin.*

A l'examen :

Amorce de prolapsus : cystocèle importante, rectocèle légère. Légère incontinence.

Utérus très mobile, en rétroversion flexion. Annexes droites perceptibles.

Le 3 Juillet et le 4 (16° et 17° jour du cycle), *perd un peu de sang noirâtre* et se plaint de douleurs dans le bas-ventre.

On fait une *biopsie d'endomètre* le 4 Juillet qui montre un état folliculinique intermédiaire.

Cette malade est opérée le 6 Juillet, on lui fait une colpopérinéorraphie et une hystéropexie.

Une *biopsie* faite ce même jour montre : un état folliculinique intermédiaire, légère hyperplasie sans distension kystique, hémorragie enkystée.

A l'opération, on constate l'existence d'un follicule fraîchement rompu et le laboratoire répond sur ce morceau prélevé : corps jaune jeune.

Obs. XII. — Bl.. 33 ans

Le 15 Avril 1939, vient consulter pour des pertes de sang intermenstruelles durant depuis 3 mois :

8 jours après la fin des règles, elle perd quelques gouttes de sang, pendant un seul jour. Le jour avant cette perte, elle a un peu mal dans le bas-ventre, à droite.

Pendant les 8 jours qui précèdent les règles, elle a des seins gros et douloureux.

Règles régulières, perd pendant 3 jours.

Ant.: en 1937, avait consulté pour stérilité primaire. Elle se plaignait en outre d'avoir des seins très douloureux pendant les 8 jours qui précédaient les règles, et de douleurs dans le bas-ventre 10 jours après le début des règles. Des examens pratiqués à ce moment n'avaient montré rien d'anormal chez elle : *insufflation tubaire positive, gono-réaction = négative.*

L'examen du mari avait montré une *azoospermie*.

A noter également l'ablation d'un polype en 1937.

A l'examen on trouve :

des petites lèvres hypertrophiques,

un col normal et un utérus un peu douloureux à la pression.

Il s'agit d'une malade excessivement nerveuse. Elle revient le 2 Décembre 1940 pour des douleurs siégeant dans la fosse iliaque gauche et la région lombaire. Les douleurs sont presque continues, ses urines sont troubles et foncées.

En Mai 1940, elle est envoyée dans un camp de concentration et elle voit disparaître ses règles pendant 4 mois. En Septembre et en Octobre elle est réglée et elle n'a plus eu de pertes de sang intermenstruelles.

OBS. XIII. — Bid... 27 ans

Vient consulter le 18 Octobre 1940 pour :

Douleurs dans le bas-ventre, survenant 14 à 15 jours avant les règles depuis 4 ans.

La douleur débute brutalement et dure 2 jours. Elle est continue, mais avec des paroxysmes qui durent un quart d'heure et qui se répètent 5 à 6 fois pendant les 2 jours.

Les 2 jours passés, il ne persiste aucune sensibilité et la malade se sent parfaitement bien. *La douleur siège uniquement à droite.*

Pendant cette période, elle a des pertes blanches, laiteuses. En Juin 1940, pour la première fois, elle a eu pendant ces deux jours des *pertes rosées*.

Se plaint aussi d'avoir, à ce moment, des bouffées de chaleur.

Règles régulières, sans douleurs.

~~DR~~ DR = 29 Septembre-1^{er} Octobre.

Crise douloureuse du 16 au 18 Octobre (18^e au 20^e jour du cycle).

A l'examen, le 18 octobre, on constate :

sp. = col normal avec une très petite glaire filante.

TV. = utérus normal mobile. On sent les deux annexes, paramètre gauche un peu rétracté.

~~==~~ Puts réglées du 31 Octobre au 4 Novembre.

Le 17 Novembre (18^e jour), douleur vive dans le bas-ventre à droite, qui dure de 8 heures du matin à 12 heures, avec des rémissions et des paroxysmes. Depuis il persiste une légère sensibilité.

Le 16 Novembre, la veille de la crise douloureuse, elle avait eu des pertes blanches abondantes qui avaient nettement diminué le 17.

Examinée le 18 Novembre (19^e jour), le lendemain de la crise on note :

sp. = col violacé, avec une glaire filante et transparente.

TV = utérus ferme. L'ovaire gauche paraît augmenté de volume. Paramètre gauche rétracté.

Une biopsie d'endomètre faite le 18 Novembre montre un état folliculinique intermédiaire.

OBS. XIV. — Des... 38 ans

Vient consulter en 1938 pour métrorragies et douleurs dans le bas-ventre.

Depuis 10 ans environ, 12 jours après le début des règles, elle a des *pertes blanches, devenant tellement abondantes le 15^e jour qu'elle se sent mouillée.*

En même temps, *douleur brutale le 15^e jour, très forte* pendant quelques heures ; puis il persiste une sensibilité pendant 8 jours.

Elle a parfois, mais pas régulièrement pendant cette période, une *petite perte de sang.*

Très nerveuse, se sent fiévreuse pendant la période qui précède les règles.

A l'examen :

un peu de douleur à la mobilisation utérine.

rien d'annexiel.

Examinée pendant plusieurs périodes intermenstruelles, on note :

En Novembre :

le 4 : une glaire transparente, abondante et filante.

le 6 : douleur dans le bas-ventre (14 jours avant les règles).

le 8 : elle avait fait son décalage thermique (12 jours avant les règles). La température du matin était supérieure à 37°. Au spéculum: glaire filante.

Une biopsie d'endomètre faite le 8, deux jours après la crise douloureuse, montre un état folliculinique intermédiaire avec glycogène abondant.

Le 12 : glaire filante, peu abondante.

Règles le 20 Novembre.

En Décembre :

le 2 : glaire abondante et filante. Utérus ferme.

le 6 : ventre un peu lourd. A l'examen on trouve une glaire filante, très abondante. Douleurs mammaires.

TV = sensation d'empatement pelvien.

le 7 : douleur dans le bas-ventre (18^e jour du cycle).

le 11 : décalage thermique fait (11 jours avant les règles).

Règles le 22 Décembre.

En Janvier :

le 3 : douleur à droite (13^e jour du cycle). A l'examen on trouve : un col entr'ouvert, avec une glaire abondante et filante.

le 6 : décalage thermique fait.

En Mars :

pas de crise douloureuse, mais *petite perte de sang* intermenstruelle.

En Mai :

le 3 : douleur dans le bas-ventre, qui débute brutalement et dure 1 heure. Puis sensibilité pendant un jour.

le 4 : seins très douloureux.

le 7 : 11 jours avant ses règles, décalage thermique.

Cette malade a eu un lipiodol qui n'a montré rien d'anormal.

OBS. XV. — Dhe... 37 ans

Vient consulter en décembre 1938 pour :

pertes de sang intermenstruelles et douleurs dans le bas-ventre à gauche. Règles régulières tous les 30 jours mais abondantes pendant 7 jours.

— DR = 21-26 Novembre.

Pertes rouges peu abondantes et intermittentes du 4 au 8 Décembre (14^e jour au 18^e jour du cycle).

A l'examen, le 12 Décembre, on trouve :

sp. = au niveau de l'orifice cervical une petite glaire filante.

TV = utérus un peu mou, de volume normal. L'ovaire droit paraît augmenté de volume.

Une biopsie d'endomètre faite le 12 (4 jours après la fin de l'hémorragie intermenstruelle) montre : un état folliculaire intermédiaire avec charge en glycogène considérable.

— Puis règles du 21 au 27 Décembre.

Du 4 au 8 Janvier (15^e au 19^e jour du cycle), pertes rosées, puis rouges et légère douleur à gauche d'une façon intermittente.

Le 9 à l'examen on trouve une glaire cervicale abondante, transparente et filante.

Le 10, elle se plaint d'une douleur à gauche et elle fait son décalage thermique.

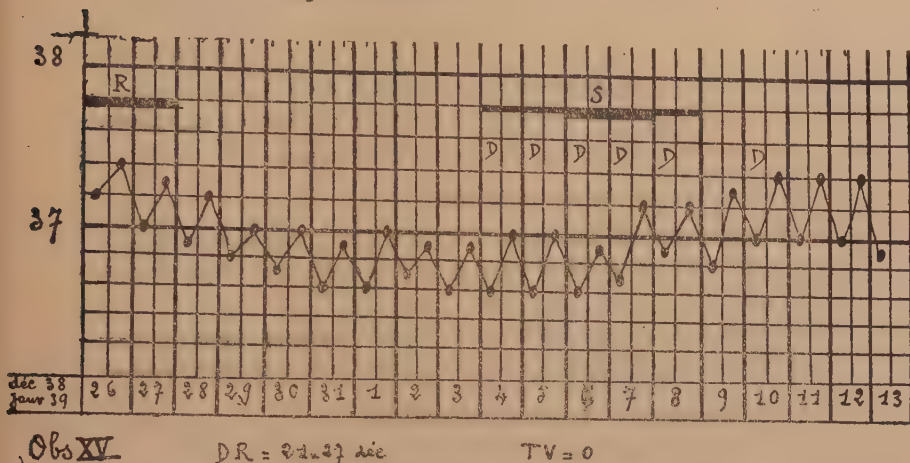
— En Janvier, règles du 20 au 25.

Du 31 Janvier au 3 Février (12^e au 15^e jour), perd un peu de sang.

Une biopsie d'endomètre faite le 13 Février (25^e jour du

cycle) montre un état folliculinique intermédiaire avec présence de glycogène.

Un lipiodol fait le 23 Mars, avait montré sur le bord droit de l'utérus et près de la corne une petite irrégularité donnant une image lacunaire.



Obs. XVI. — Dut... 36 ans.

Vient consulter le 8 Mai 1939 pour des douleurs dans le bas-ventre, siégeant uniquement à droite et avec irradiation dans la cuisse correspondante. Ces douleurs surviennent 7 à 8 jours après le début des règles et durent 4 à 5 jours.

Pendant cette période, elle a des pertes blanches, filantes comme du blanc d'œuf, et parfois surtout lorsqu'elle se fatigue, elle perd un peu de sang rouge, pendant quelques jours. Elle se sent à ce moment fatiguée et lasse.

Tous ces troubles durent depuis 6 ans.

Ant.: Il y a 6 ans, après les oreillons, elle fait une température à 40°, avec douleurs dans le bas-ventre. Un médecin pose alors le diagnostif d'ovarite.

— DR = 25 Avril-1^{er} Mai.

Douleurs dans le bas-ventre du 5 au 8 (11^e au 14^e jour du cycle).

A l'examen, le 8 mai (14^e jour), on note :

sp. = col gros, prenant bien le lugol, sans érosion.

Au niveau de l'orifice cervical, glaire transparente, filante, *très abondante*.

TV = utérus dévié à droite, mobilisation de droite à gauche un peu douloureuse.

— Puis règles du 22 au 28 Mai.

Le 30 Mai (9^e jour) commence à avoir des pertes comme du blanc d'œuf, qui deviennent très abondantes et qui durent 7 jours.

Du 3 au 5 Juin (13^e au 15^e jour) douleur dans le bas-ventre uniquement à droite, avec irradiation dans la cuisse.

A l'examen le 12 Juin on trouve :

un utérus un peu gros et un peu mou.

— Puis règles du 17 au 22 Juin.

Le 27 Juin (11^e jour), commence à avoir des pertes glai-reuses et une légère pesanteur dans le bas-ventre uniquement à droite.

A l'examen :

sp. = sécrétion cervicale *très abondante*, filante et transparente, col gros, orifice entr'ouvert.

TV = utérus normal, ferme.

Le 4 juillet, tout disparaît.

OBS. XVII. — Deb... 23 ans.

Vient consulter en Mars 1937 pour métrorragies.

En Janvier, règles le 17 ; le 28, recommence à perdre pendant une semaine.

En Février, règles le 21 ; elle reperd le 5 Mars.

Elle n'a aucune douleur.

Ant.: En 1936, ablation des annexes droites et gauches avec greffes épiploïques des ovaires pour salpingite bilatérale.

Examen :

utérus un peu gros.

col gros d'aspect érosif.

On ne la revoit plus qu'en Juin 1938 pour les mêmes troubles.

— *DR = 3-9 Juin.*

Pertes de sang du 16 au 20 (14° au 18° jour).

A l'examen, le 20 juin, *on constate que c'est le col qui saigne.*

Au toucher, on ne trouve rien d'anormal.

— *En Janvier 1939, après avoir eu ses règles du 16 au 20 Décembre, elle perd du 27 au 1^{er} Janvier (12° au 17° jour).*

L'examen du 10 Janvier montre un utérus très douloureux à la mobilisation. Gono-réaction : négative.

Trait.: ondes courtes.

— *En Février, elle perd du sang du 4 au 6, après avoir eu ses règles du 19 au 23 Janvier.*

Douleurs dans le bas-ventre depuis le 4 Février.

Examen :

col congestionné, érosif.

périmétrite.

Traitement : vaccin I.O.D. intra-cervical+ondes courtes.

— *En Mars, Avril et Mai, pas de pertes de sang intermenstruelles.*

On constate une amélioration nette du col. L'utérus est bien mobile.

— *En Juin, règles du 4 au 7.*

Le 14 et le 17 (11°-14° jour), crise douloureuse dans la F.I.G.

L'examen, le 19, montre :

Un utérus dont le fond est un peu dévié à gauche.
Au spéculum, le col est normal.

Obs. XVIII. — Ghi... 34 ans.

Vient consulter le 10 Juillet 1939 pour :

pertes de sang survenant 10 jours après la fin des règles, durant 2-3 jours et cela depuis 10 ans. Ces pertes sont d'abord rouges et intermittentes, puis légèrement rosées.

Pendant ces 2-3 jours, elle se sent très lasse, elle est très fatiguée et pleure facilement.

Seins gonflés et un peu sensibles pendant les 8 jours qui précèdent les règles.

Règles régulières, dysménorrhée primaire du 1^{er} jour : est obligée de se coucher et de prendre des comprimés d'aspirine.

Les règles sont très abondantes avec des caillots, et pendant toute leur durée, elle est particulièrement nerveuse.

— DR = 20-24 Juin.

Perte intermenstruelle du 2 au 4 Juillet (13^e au 15^e jour).

A l'examen :

sp. = sur le col, érosion de la taille d'une pièce de 2 francs saignant au moindre contact.

TV = utérus parfaitement libre, pas de masses annexielles.

La gono-réaction est négative.

On fait une électro-coagulation du col.

— Revue le 21 Octobre 1940.

Elle allait bien jusqu'en Février 1940. Depuis Février, elle a eu à trois reprises, pendant des périodes intermenstruelles, une douleur vive dans le bas-ventre au milieu. La douleur durait 10 minutes et était suivie d'une grosse fatigue durant toute la journée. Plus de dysménorrhée depuis l'électro-coagulation.

DR = 28 Septembre-1^{er} Octobre.

Pertes brunâtres le 10 et le 11 Octobre (13^e et 14^e jour).

Douleur le 12 (15^e jour).

Examen (24^e jour) :

sp. = col normal.

TV = utérus normal. Cul de sac gauche moins souple que le droit.

Une *biopsie d'endomètre* faite le 25 octobre, 1^{er} jour des règles, montre : un état folliculino-lutéinique avec traces de glycogène dans la lumière des tubes et transformation déciduiforme intense.

— *En Octobre, règles du 25 au 28.*

A l'examen, le 7 Novembre (14^e jour), on constate :

une sécrétion cervicale très abondante, transparente et filante.

Une *insufflation* faite ce jour montre un passage bilatéral à l'auscultation, et une biopsie d'endomètre, un état folliculinique sans glycogène.

Le 11 Novembre (18^e jour), elle fait son décalage thermique.

Pas de crise intermenstruelle.

— *Puis règle du 23 au 27 Novembre.*

Dans la nuit du 28 (6^e jour), douleur très forte, qui dure un quart d'heure, accompagnée de frissons et d'un vomissement.

Elle a deux autres crises identiques dans la matinée.

Elle vient nous voir le 28 au matin. Elle se sent très fatiguée, elle est très pâle et ses lèvres sont sèches.

A l'examen, on constate un certain degré de défense au niveau du bas-ventre.

TV. = Douglas absolument indolore, cul de sac droit souple. Mobilisation non douloureuse.

L'introduction de l'hystéromètre provoque, aussi bien à la traversée de l'isthme qu'au niveau du fond utérin, une douleur absolument identique à celle de la crise.

Traitement : stérandryl (10 mg. une fois par semaine, pendant 1 mois) et sympathyl.

— *En Janvier, règles du 1^{er} au 5.*

Le 15 Janvier (15^e jour), pertes rosées.

Le 16, une biopsie d'endomètre montre : un état folliculo-lutéinique au début, traces de glycogène.

Le 16, une hystérotonométrie avec 1 cc. de lipiodol fluide donne des contractions de 6 à 7. Refaite le 23 Janvier, on n'obtient pas de contractions.

Pas de crise intermenstruelle douloureuse en Janvier (sans traitement).

— *Puis règles du 30 Janvier au 3 Février.*

Le 7 Février (9^e jour), à l'examen on constate une sécrétion *intra-cervicale* brunâtre. On fait une hystérotonométrie qui donne des contractions de 2 1/2 à 3 1/2. Après injection de 2 unités de rétropituine, contractions de 5 à 7, puis de 7 à 9.

Le 17 Février (19^e jour du cycle), l'examen montre une sécrétion *vaginale* brunâtre ; et une biopsie d'endomètre montre : un état folliculinique intermédiaire avec œdème très marqué du chorion et présence de glycogène.

Le 24 Février, l'hystérotonométrie donne une réponse presque identique à celle du 7, après injection de rétropituine.

Une biopsie d'endomètre faite le 24, montre : un état folliculinique atypique avec très peu de glycogène dans les glandes, abondant dans le chorion.

N'a pas eu de crise douloureuse intermenstruelle.

Obs. XIX. — Ham... 37 ans.

Vient consulter le 12 Juillet 1939 pour métrorragies. En Août 1938, pour la première fois, 8 jours environ après la fin des règles, elle a eu des pertes de sang. Ces pertes étaient peu abondantes et intermittentes ; elles duraient un

jour, un jour et demi, et s'accompagnaient de douleurs dans la fosse iliaque droite.

Les douleurs n'étaient pas très fortes.

Cet accident ne se renouvelle plus, puis en juin 1939, 8 jours après la fin des règles, elle a quelques pertes blanches avec un filet de sang.

Seins douloureux pendant les 8 jours qui précèdent les règles.

Règles régulières, dysménorrhée du 1^{er} jour.

— *DR = 25 Juin au 2 Juillet.*

Filets de sang le 10 et le 11 Juillet (16^e, 17^e jour).

A l'examen, le 12 Juillet, on constate :

sp. = col un peu gros et violacé, sans érosion.

Petite glaire transparente et un peu filante.

TV. = utérus un peu gros, ferme, légèrement dévié à gauche.

Rétraction douloureuse du paramètre gauche.

Revient le 28 Octobre pour les mêmes troubles.

DR = 13-20 Octobre.

Douleurs dans le bas-ventre bilatérales, mais surtout à droite, le 26 et le 27 (14^e, 15^e jour).

A l'examen, le 28 (16^e jour), on trouve :

sp. = col béant, avec une glaire transparente, abondante et filante, *mêlée de filets de sang.*

TV. = utérus globuleux. Rétraction douloureuse du paramètre gauche.

Une biopsie d'endomètre faite ce jour montre : un état folliculinique avec signes d'activité sécrétoire discrets et traces de glycogène. Elle a quelques pertes rosées le 29 (avait eu une biopsie la veille).

— *En Novembre, règles du 12 au 19.*

Le 23 (12^e jour), elle perd un filet de sang.

Pas de douleur.

Le 2 Décembre, à l'examen, on trouve un col *abaissé et violacé*, la mobilisation du col de gauche à droite est à peine

sensible. On lui fait une hystérotomométrie qui montre une *hypotonie* et pas d'oscillations.

Traitement : mise en place d'un pessaire.

— *En Décembre, règles du 8 au 13.*

Elle sent son ventre moins lourd, depuis le port du pessaire. Au toucher on constate que son col est situé moins bas.

Le 22 Décembre (15^e jour), petite perte de sang.

Pas de douleur.

Une biopsie d'endomètre faite le 23 montre : une prolifération intense, avec œdème du chorion et traces de glycogène dans la lumière des tubes glandulaires.

A l'examen, le 23, on constate :

une glaire cervicale très abondante et filante.

Le 29 Décembre, le col est sec et violacé.

Une biopsie prémenstruelle, montre un état folliculino-lutéinique avec présence de glycogène.

En Janvier, on lui prescrit : 10 mg. de stérandryl, une fois par semaine.

Pas de pertes de sang, pas de douleurs intermenstruelles.

En Février, règles du 4 au 9. On supprime le pessaire et on continue le traitement par le stérandryl.

Le 16 (13^e jour), elle a une petite douleur à gauche, et elle fait son décalage thermique. Pas de perte de sang.

Obs. XX. — Heur... 40 ans.

Vient consulter le 18 Octobre 1940 pour une *métrorragie* survenue le 28 Septembre et qui a duré 3 jours.

DR = 11-16 Octobre.

Pertes de sang 11 jours avant les règles.

A l'examen :

sp. = présente une érosion de la dimension d'une pièce de 5 francs, qui saigne assez facilement au contact.

TV. = O.

Le 28 Octobre (17^e jour), on constate :

sp. = col qui saigne plus facilement que lors du dernier examen. Il est un peu violacé autour de l'ulcération.

Une biopsie faite à ce niveau conclut à une érosion cervicale.

On lui fait une électrocoagulation du col en Novembre.

Depuis, la malade ne présente plus d'hémorragie intermenstruelle.

OBS. XXI. — Lab... 39 ans.

Vient consulter en Juin 1939 pour :

pertes de sang clair durant un jour et survenant une quinzaine de jours avant les règles. A ce moment elle a des douleurs dans le bas-ventre et dans les reins.

Règles régulières, mais abondantes, durant 8 jours; elles sont également très douloureuses, obligeant la malade à se coucher.

A l'examen, on trouve :

Un utérus un peu gros et dur

des culs de sac empâtés et une annexe droite dure et douloureuse.

OBS. XXII. — Pe... 37 ans.

Vient consulter en Février 1939 pour métrorragies.

Depuis 3-4 ans, 15 jours après la fin des règles, elle a des pertes de sang noirâtre pendant 4 jours environ.

Ces pertes s'accompagnent de douleurs dans le bas-ventre et dans la région lombaire. La douleur apparaît brusquement, elle est continue mais avec des périodes d'exacerbation.

Pendant cette période, elle se sent fatiguée et elle est très nerveuse.

Pas de douleurs mammaires.

Règles régulières tous les 30 jours, pendant 7 jours, abondamment avec des petits caillots et des douleurs les deux premiers jours et parfois pendant toute leur durée. Pendant ses règles, elle se sent très fatiguée et est obligée de se coucher.

A l'examen :

sp. = col gros et déchiré.

TV = utérus normal.

On la revoit en Novembre 1940. Les mêmes troubles persistent, mais elle n'a plus de douleurs depuis Juin 1940.

DR = 24-30 Octobre.

Ecoulement rosé vers le 13 Novembre.

A l'examen, le 30 Novembre, on trouve :

sp. = col gros, déchiré.

TV = utérus normal, fond dévié à droite.

le cul de sac gauche est bridé par la déchirure profonde du col.

OBS. XXIII. — Pol... 25 ans.

Viènt consulter en Mars 1938 pour :

douleurs dans le bas-ventre presque continue et pour *hémorragie intermenstruelle* durant un jour. Ces troubles durent depuis un an. Règles régulières mais douloureuses une fois sur deux.

— DR = 15 au 20 Mars.

Du 24 Mars au 1^{er} Avril (10^e au 18^e jour), elle a perdu un peu de sang.

A l'examen :

utérus en rétroversion, mobile.

On lui fait une hystéropexie le 9 Avril 1938.

— En Mars 1939, revient parce que la crise intermenstruelle avec perte de sang et douleur dans le bas-ventre persiste. A ce moment elle est très nerveuse.

A l'examen :

utérus normal, douloureux à la mobilisation.

Les annexes sont perceptibles.

On lui prescrit du Dagénan et des séances de diathermie.

— En Avril, règles du 12 au 17.

Du 22 au 26 (11° au 15° jour), elle a des pertes marron.

En Juin, elle est examinée immédiatement après ses règles, les douleurs à la mobilisation utérine persistent.

OBS. XXIV. — Rév... 25 ans.

Vient consulter le 13 Février 1939 parce que depuis 7 ans, elle a : *une dizaine de jours après les règles, une douleur dans la fosse iliaque droite.*

Cette douleur survient par crises et dure en tout un jour, un jour et demi. A ce moment, elle n'a jamais eu ni vomissements, ni nausées, ni de température.

Depuis 4 mois, 8 à 15 jours après la fin des règles, elle a pendant 2 à 5 jours, *des glaires filantes tantôt rosées, tantôt rouges.*

Elle est réglée régulièrement tous les 28 jours ; dysménorrhée une fois sur deux.

— DR = 23 au 27 Janvier.

Du 4 au 7 Février (13° au 16° jour), elle a perdu un peu de sang.

A l'examen, on trouve :

un utérus en rétroversion, partiellement réductible.

A droite et en arrière, une annexe dure, fixée et douloureuse.

Traitement : diathermie.

— Puis elle a ses règles du 20 au 24 Février.

Du 2 au 6 Mars (11° au 15° jour), elle perd un peu de sang.

A l'examen, le 5 Mars, on trouve :

une glaire cervicale, transparente, abondante et filante, mêlée d'un peu de sang.

utérus en rétroversion.

Le 8 Mars, on lui fait une hystérogaphie qui montre : un utérus globuleux, arrondi au niveau des cornes. Les trompes ne sont pas injectées.

— Elle a ensuite ses règles du 18 au 23 Mars.

Le 29 et le 30 Mars (12^e et 13^e jour), elle perd un peu de sang pendant environ une heure par jour.

Depuis le 1^{er} Avril, se plaint d'une douleur dans le bas-ventre à droite.

A l'examen, le 3 Avril, on constate :

une sécrétion cervicale abondante, filante et transparente.

un utérus congestionné en rétroversion. L'essai de réduction est assez difficile et douloureux.

La gonoréaction est douteuse.

OBS. XXV. — Ric... 27 ans.

Vient consulter en 1939 parce que :

Depuis 3 mois, 10 jours environ avant ses règles, elle souffre un peu du ventre. Elle perd alors pendant 3 jours quelques gouttes de sang.

Règles régulières non douloureuses.

Il y a deux ans, elle a présenté les mêmes symptômes, pendant deux ou trois mois.

A l'examen, on trouve :

un utérus un peu gros.

l'annexe droite est perceptible et légèrement douloureuse.

Obs. XXVI. — Vla... 34 ans.

Vient consulter le 20 Mai 1938 pour des métrorragies et des ménorragies durant 11 mois.

Alors que, auparavant, ses règles ne duraient que 3, 4 jours, elles durent actuellement 5, 6 jours et sont beaucoup plus abondantes. De plus, après un intervalle de 2 à 5 jours, elle se remet à perdre assez abondamment, pendant 3 à 5 jours. La perte intermenstruelle est souvent accompagnée de quelques douleurs.

— DR = 28 Avril au 3 Mai.

Du 8 au 12 Mai (11^e au 15^e jour), elle perd de nouveau du sang.

L'examen, le 20 Mai (20^e jour), montre :

TV = un utérus un peu gros dont le fond est un peu attiré à gauche.

sp. = col normal, mais le toucher a provoqué une légère hémorragie utérine.

— Puis elle a ses règles du 25 au 30 Mai.

Un lipiodol est pratiqué le 1^{er} juin. Il montre une image de myome sous-muqueux typique.

La perte intermenstruelle survient du 2 au 5 Juin (9^e au 12^e jour).

A l'examen, le 3 Juin :

TV = l'utérus paraît un peu gros.

sp. = le col présente une glaire transparente et filante.

Une biopsie d'endomètre faite le 3 Juin (10^e jour du cycle), montre un état folliculinique, avec œdème très marqué du chorion, pas de glycogène.

Le 13 Juin, il n'y a plus de glaire filante.

— Elle a ensuite ses règles du 21 au 26 Juin.

A partir du 25 Juin, la malade recevra 5 mg. de stérandryl tous les deux jours pendant trois mois.

La perte rouge intermenstruelle survient le 1^{er} Juillet (11^e jour du cycle), elle est beaucoup moins abondante et ne dure que quelques heures.

— *Les règles suivantes surviennent du 18 au 22 Juillet, ne durent que cinq jours et sont moins abondantes.*

Pas de pertes intermenstruelles ce mois-là.

— *En Août, règles du 14 au 18.*

mais elle a une petite perte rouge le 26 (13^e jour).

En Septembre, elle a ses règles du 13 au 16 et pas de perte intermenstruelle.

Le 21 Septembre, on fait un nouveau lipiodol qui montre une image identique à celle du 1^{er} Juin.

Le 23 Septembre, une insufflation utéro-tubaire montre une courbe normale.

Puis la malade a des règles normales du 11 au 14 Octobre et du 8 au 11 Novembre, sans pertes intermenstruelles.

OBS. XXVII. — De... 24 ans.

Vient consulter le 21 Octobre 1940 pour ménorragies et métrorragies.

Depuis la puberté elle est réglée *tous les 20 jours environ*. Elle perd très abondamment pendant 4-5 jours, surtout les 3 premiers jours avec beaucoup de petits caillots. Dysménorrhée du 1^{er} jour fréquente.

Depuis un an environ, *6 à 7 jours avant les règles, elle a des pertes marron foncé qui durent un jour ou deux*. Il y a deux mois, cette perte de sang intermenstruelle a été abondante mais a duré seulement une heure.

Antécédents : à 17 ans, après une amygdalectomie, a eu une hémorragie forte et prolongée qui a nécessité deux transfusions.

En 1939, est soignée pendant plusieurs mois à Saint-Louis par du stérandryl.

La malade dit qu'elle saigne d'une façon prolongée lorsqu'elle se coupe.

A l'examen :

sp. = col normal.

TV = utérus normal, les deux annexes sont perceptibles, la gauche paraissant anormalement augmentée et un peu fixée.

Le temps de saignement est de 6 minutes et le *temps de coagulation de 15 minutes*.

Elle a en plus une fistule anale, pour laquelle on lui conseille une intervention qui est pratiquée le 25 Octobre. Le 31 Octobre, elle fait une forte hémorragie au niveau de sa plaie opératoire.

Une insufflation tubaire faite le 27 Novembre donne une courbe normale. A l'auscultation, passage certain à droite, douteux à gauche.

Cette malade est ensuite suivie pour *aménorrhée*. Les dernières règles sont du 10 au 15 Octobre et elle se plaint de bouffées de chaleur.

Deux biopsies d'endomètre à plusieurs jours d'intervalle montrent un état folliculinique sans glycogène. On lui prescrit alors 5 mg. de proluton tous les jours du 15 au 19 Décembre.

Du 18 au 20 elle a quelques pertes rosées et du 22 au 26 elle perd normalement du sang rouge.

Elle a ensuite des règles régulières tous les 28 jours et pas de pertes de sang intermenstruelles.

Obs. XXVIII. — Ha... 36 ans.

Vient consulter en Janvier 1941 pour :
Dysménorrhée primaire, mais s'accroissant très nettement depuis un an.

Les douleurs débutent la veille des règles et se prolongent pendant les premiers jours, elles s'accompagnent de nausées, de vomissements et parfois de syncopes.

Depuis 3 mois, 15 jours après la fin des règles, perd quelques gouttes de sang pendant 1 à 2 jours.

Aucune douleur à ce moment, pas de pertes blanches, pas de douleurs au niveau des seins.

Règles régulières tous les 30 jours, pendant 8 jours et abondantes.

Antécédents : pas d'enfants, une fausse couche spontanée de deux mois il y a 11 ans.

— DR = 28 Décembre-2 Janvier.

A l'examen :

sp. = col normal.

TV = utérus de volume normal, mais on a l'impression que la partie inférieure du corps utérin est élargie.

Un Ipiodol fait le 11 Janvier, donne une image lacunaire de myome sous-muqueux supra-isthmique ; les deux trompes sont injectées.

Le 14 Janvier (18^e jour du cycle), à l'examen, on constate :

un col entr'ouvert avec une glaire filante et sanguinolente à l'orifice.

— *Puis elle a ses règles du 29 Janvier au 3 Février.*

Le 12 Février (15^e jour), elle a quelques pertes rosées. Elle est opérée le 20 Février (myomectomie par voie abdominale).

OBS. XXIX. — Go...

Vient consulter en Mars 1941 pour stérilité primaire.

Règles régulières tous les 27-28 jours, dysménorrhée primaire : souffre un peu la veille et beaucoup le 1^{er} jour. A ce moment elle se sent fatiguée et elle est particulièrement nerveuse.

10 à 12 jours après le début des règles, elle a quelques pertes de sang pendant 2 ou 3 jours, accompagnées de vagues douleurs dans le bas-ventre.

TV = ne montre rien d'anormal.

— *DR = 14-16 Mars.*

Le 23 (10^e jour), elle a des pertes glaireuses sanguinolentes et quelques douleurs.

Le 24 (11^e jour), idem.

Le 25 (12^e jour), elle perd un peu de sang et ressent de vagues douleurs.

Les 26 et 27 (13^e et 14^e jours), elle perd un peu de sang.

Le 27 Mars (14^e jour), le décalage thermique est fait.

— *Puis elle a ses règles du 10 au 14 Avrfl.*

Le 19 (10^e jour), elle a des pertes un peu sanglantes.

Le 21 (12^e jour), pertes glaireuses avec du sang.

Le 22 (13^e jour), pertes glaireuses avec du sang.

Le 23 (14^e jour), pertes glaireuses très abondantes avec des filets de sang. Quelques douleurs.

Le 24 (15^e jour), elle ressent de vagues douleurs.

Le 25 (16^e jour), elle a des pertes glaireuses.

Le 25 Avril (16^e jour) le décalage thermique est fait.

— *Elle a ensuite ses règles du 9 au 12 Mai.*

Du 19 au 22 (11^e au 14^e jour), elle perd un peu de sang.

— *En Juin, règles du 5 au 8.*

Le 13 (9^e jour), glaire sanguinolente.

Les 14 et 16, pertes glaireuses.

Les 17 et 18 (14^e jour), douleurs.

Décalage thermique fait le 20 Juin (16^e jour).

— *Puis règles du 4 au 10 Juillet.*

Du 15 (12^e jour) au 19 (16^e jour), pertes glaireuses sanguinolentes.

Le 20 (17^e jour), pertes glaireuses.

Décalage thermique fait le 21 Juillet (18^e jour).

Observations	Age	Debut quand?	Dates par rapport	PARU	S	G	Sans traitement	Deuilage	Tubercul.	Démontre	FC	Inf.	Int.	Lipidol.	Bisphos	Amovite	Réversion	Mérite col.	Mutés	Chorions
XX	40	1	28	13j	3j					0	1	1				0	+	0	0	électrocardiogramme
XXI	39	28	28	15j	1j					+						+	0	0	0	
XXII	37	14	30	20	3-4j		0		15	+	4	5				0	0	0	col. décoloré	
XXIII	25	2	30	11-15	4-8j				14	14	0	0				0	+	0	0	électrocardiogramme
XXIV	25	4	28	13-16	3-4j					14	0	1		troubles, pas infectés		+	+	0	0	
XXV	27	3	27	10j	3j					0	0	2				+	0	0	0	
XXVI	34	1	27	9-12	3-4j				14		0	0	+	myome sans myosarcome	état fibrillé, nique, séquestré, pas marque du chorion	0	0	0	0	gros vaisseau, pas de vaisseau
XXVII	24	1	20	7j	1-2j					+	0	0	+			+	0	0	0	
XXVIII	36	3	30	18	1-2j		0		16	+	1	0		myome sans myosarcome		0	0	0	0	
XXIX		28	10-14	2-4j				34-6	13	+	0	0	+			0	0	0	0	

crises intermenstruelles avec perte de sang

Tableau n° 2

Observations	Age	Délais pour effectuer l'autopsie	D.S.	S	G	Délais autopsie à ce moment	Pelage	Dutelle	Infection	Lipidol	Biopsies		Anus	Rectum	Métastase	Autres	Lésions anatomiques
			RA	RU	D.S.	S	G	Dutelle	Infection	Lipidol	internes	externes					
I	26 ans	30 10/12	34 f	34 f	+	+	+	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	32 ans	30 10/12	34 f	34 f	+	+	+	16 1/2	+	0	1	0	0	0	0	0	0
III	38 ans	30 10/12	34 f	34 f	+	+	+	12	0	0	1	0	0	0	0	0	0
IV	47 ans	30 10/12	34 f	34 f	+	+	+	12	0	0	1	0	0	0	0	0	0
V	38 ans	30 10/12	34 f	34 f	+	+	+	12	0	0	1	0	0	0	0	0	0
VI	38 ans	30 10/12	34 f	34 f	+	+	+	12	0	0	1	0	0	0	0	0	0
VII	38 ans	30 10/12	34 f	34 f	+	+	+	12	0	0	1	0	0	0	0	0	0
VIII	38 ans	30 10/12	34 f	34 f	+	+	+	12	0	0	1	0	0	0	0	0	0
IX	38 ans	30 10/12	34 f	34 f	+	+	+	12	0	0	1	0	0	0	0	0	0
X	38 ans	30 10/12	34 f	34 f	+	+	+	12	0	0	1	0	0	0	0	0	0
XI	38 ans	30 10/12	34 f	34 f	+	+	+	12	0	0	1	0	0	0	0	0	0
XII	38 ans	30 10/12	34 f	34 f	+	+	+	12	0	0	1	0	0	0	0	0	0
XIII	38 ans	30 10/12	34 f	34 f	+	+	+	12	0	0	1	0	0	0	0	0	0
XIV	38 ans	30 10/12	34 f	34 f	+	+	+	12	0	0	1	0	0	0	0	0	0
XV	38 ans	30 10/12	34 f	34 f	+	+	+	12	0	0	1	0	0	0	0	0	0
XVI	38 ans	30 10/12	34 f	34 f	+	+	+	12	0	0	1	0	0	0	0	0	0
XVII	38 ans	30 10/12	34 f	34 f	+	+	+	12	0	0	1	0	0	0	0	0	0
XVIII	38 ans	30 10/12	34 f	34 f	+	+	+	12	0	0	1	0	0	0	0	0	0
XIX	38 ans	30 10/12	34 f	34 f	+	+	+	12	0	0	1	0	0	0	0	0	0

Tableau n° 1
Crises intermenstruelles avec perte de sang

Nos observations de crise intermenstruelle avec douleur et hémorragie concernent toutes des femmes mariées âgées de 23 à 40 ans. Nous connaissons cependant des cas de jeunes filles qui ne se considérant pas comme malades, n'ont jamais consulté pour leur petite perte de sang intermenstruelle.

Nous n'avons pas retenu tous les cas venus consulter à l'hôpital Broca, beaucoup ayant été perdus de vue.

CARACTÈRES DES MENSTRUATIONS.

Toutes ont des cycles sensiblement réguliers, à l'exception de 1 seule (cas XVII), qui a subi une ablation bilatérale des annexes avec greffes épiploïques des ovaires. Nous disons sensiblement réguliers, mais nous avons observé que peu nombreuses sont les femmes qui disant avoir des règles régulières ont des cycles absolument fixes.

Le plus souvent, les règles sont d'abondance normale. Dans 3 cas (XV, XXI et XXII), elles sont ménorragiques. Dans 2 cas (XXVI et XXVIII), elles sont abondantes; on constate l'existence d'un myome sous-muqueux qui explique ce caractère des règles.

Le cas XXVII se plaint de ménorragies et de polyménorrhée et cela depuis sa puberté. Il existe chez elle un trouble de la crase sanguine.

10 sont dysménorrhéiques.

2 (cas XXIII et XXIV), le sont une fois sur deux.

1 (XXVII), l'est d'une façon irrégulière.

3 (XVIII, XXVIII et XXIX), le sont depuis la puberté. Le cas XVIII, ne l'est plus depuis 1 an à la suite d'une électrocoagulation du col.

Remarquons que 2 dysménorrhéiques (cas XXVII et XXVIII) n'ont pas de douleur au moment de la perte de sang intermenstruelle.

Parmi ces malades :

11 ont eu au moins une grossesse. Nous ne sommes malheureusement pas renseigné sur la date de la grossesse par rapport au moment d'apparition de la crise.

5 sont demeurées stériles.

1 fut opérée d'une grossesse extra-utérine.

1 était venue consulter pour stérilité. On ne trouva chez elle rien d'anormal, mais on constata une azoospermie chez le mari.

ÉTUDE DE LA CRISE

A. — ANCIENNETÉ : Le début de la crise peut être assez ancien :

dans 2 cas, elle durait depuis 10 ans ;

dans 4 cas, depuis 4 à 6 ans ;

dans 4 cas, depuis 1 à 2 ans ;

Dans 6 cas, depuis 1 à 4 mois.

B. — CARACTÈRES DE LA CRISE : La crise peut se produire à chaque période intermenstruelle, elle peut survenir d'une façon tout à fait irrégulière et dans les deux cas, la crise avec hémorragie et douleur peut alterner avec des crises uniquement douloureuses.

a) La douleur

Dans le plus grand nombre des cas (16 dans nos observations), la perte de sang s'accompagne d'une douleur; le plus souvent douleur et perte se produisent en même temps, parfois la douleur débute après l'hémorragie, rarement elle survient la veille de la perte.

Dans 9 cas, la douleur est médiane ou bilatérale ; remarquons que 2 cas ont une lésion annexielle *unilatérale*.

Dans 7 cas, la douleur est unilatérale, dont :

1 cas avec douleur siégeant du côté de l'ovaire restant ;

1 cas avec douleur siégeant du côté de la lésion annexielle ;

2 cas avec douleur siégeant du côté opposé à la lésion ;

3 cas avec douleur unilatérale sans raison apparente.

Nous pouvons donc dire qu'il n'y a pas un rapport constant entre le siège de la douleur et le siège de la lésion annexielle.

GUEISSAZ, dans sa communication faite au Congrès de gynécologie et obstétrique de langue française, avait fait remarquer que ses malades présentant une douleur du type utérin pur, n'avaient pas de perte de sang; tandis que dans les cas de douleur annexielle il y avait une perte intermenstruelle. Cette constatation plaiderait en faveur de l'infection génitale comme cause de l'hémorragie.

Dans 3 de nos cas, de douleur très vraisemblablement utérine, il y a une perte de sang :

Cas XI, avec retroversion, cystocèle et rectocèle.

Cas XXII, avec déchirure profonde du col.

Cas XVIII, fut examiné en crise. On constate avec un hystéromètre, que le passage de l'isthme est douloureux et que le contact du fond utérin réveille une douleur absolument identique à celle de sa crise. Nous avons déjà parlé d'elle à propos de la crise douloureuse.

b) *L'hémorragie*

L'hémorragie peut être constituée par du sang rouge, noirâtre ou rosé, le plus souvent mêlé à des pertes glaireuses plus ou moins abondantes.

Rarement, elle ne dure que quelques heures, parfois la malade perd quelques gouttes pendant 2-3 jours, d'autres fois la perte est continue durant 2-3 jours sans toutefois être très abondante.

Il semble qu'il n'y ait aucune relation entre la durée de la crise et le degré de l'atteinte génitale.

C. — SITUATION DE LA CRISE DANS LE CYCLE

La crise survient entre le 10^e et le 18^e jour du cycle, les dates d'apparition et d'arrêt n'ayant pas une fixité absolue pour la même malade. Mais nous avons déjà dit combien il est rare de constater un cycle rigoureusement régulier.

Nous avons suivi beaucoup de nos malades pendant plusieurs périodes intermenstruelles et nous avons fait, chez beaucoup d'entre elles, un ou plusieurs examens pouvant nous permettre de situer la crise par rapport à l'ovulation. Quelques-unes n'ont pas présenté de perte de sang mais seulement une crise douloureuse pendant les mois où elles ont été suivies.

1^o *Examen du col*

Beaucoup ont été examinées en période de crise. Nous avons constaté au spéculum : un col plus ou moins violacé, avec un orifice entr'ouvert, contenant

une glaire abondante, transparente et filante. Dans certains cas, la glaire nous a paru anormalement abondante (cas X, XIV, XVI, XIX et XXIV). Nous en reparlerons plus tard.

Nous avons ainsi pu découvrir que chez 2 malades, la perte de sang provenait du col. Le col présentait en effet une ulcération qui, au toucher, saignait très facilement pendant la période congestive correspondant à l'œstrus.

Après la crise, le col était moins congestionné et ne contenait plus qu'une petite glaire non filante.

2° Etude de la courbe thermique

La température n'a été régulièrement prise que par 4 malades.

Le cas XVIII n'eut pas de crise ce mois-là.

Le cas XIV n'eut pas de perte de sang mais uniquement une crise douloureuse. Pendant les quatre périodes intermenstruelles, le décalage thermique s'est toujours produit après la crise douloureuse et 11 à 12 jours avant les règles.

Le cas XV, après avoir eu, du 4 au 8 janvier, des pertes de sang accompagnées de douleurs, fait son décalage thermique le 10 janvier.

Dans le cas XXIX, la température prise régulièrement pendant 4 mois, nous a montré que la perte de sang accompagnée de douleur, se produisait toujours dans les jours précédant le décalage thermique,

3° *Etude de la contractilité utérine*

Fut faite dans le cas XVIII.

La malade, après avoir eu ses règles du 1^{er} au 5 janvier, a quelques pertes rosées le 15.

Le 16, une biopsie montre un état folliculino-lutéinique au début et l'hystérotonométrie donne des contractions de 6 à 7. L'action du corps jaune s'était déjà manifestée au niveau de l'endomètre et pas encore sur la contractilité utérine.

Le 23, on refait une nouvelle hystérotonométrie ; on n'obtient pas de contractions.

Elle a ensuite ses règles du 30 janvier au 3 février.

Le 7 février, on constate une sécrétion cervicale brunâtre. L'hystérotonométrie montre des contractions de 2 1/2 à 3 1/2 qui vont de 7 à 9 après injections de post-hypophyse. Donc, Knauss positif.

Le 24 février (26^e jour du cycle), le Knauss est encore positif. Une biopsie d'endomètre faite ce même jour montre : un état folliculinique atypique avec très peu de glycogène dans les glandes, abondant dans le chorion.

Y a-t-il chez cette malade une action insuffisante de la progestérone, ou bien la progestérone ne suffit-elle pas à freiner l'action de la folliculine en très grande quantité ?

Remarquons que cette malade avait eu un traitement par injections de stérandryl, terminé depuis

deux mois. On ne peut donc établir de relation entre le résultat de la biopsie du 24 février et le traitement suivi antérieurement.

4° *Examen de l'endomètre utérin*

Biopsies faites pendant l'hémorragie.

CAS XXVI :

DR = 25-30 mai

S = 2-5 juin

une biopsie faite le 3 juin montre : un état folliculinique avec œdème très marqué du chorion, pas de glycogène

CAS XIV :

DR = 13-20 octobre

D = 26-27 octobre

S = 28 octobre

une biopsie faite le 28 montre : un état folliculinique avec signes d'activité sécrétoire discrets et traces de glycogène.

Biopsie faite à la fin de l'hémorragie

CAS XI :

DR = 18-21 juin

S = 3-4 juillet

une biopsie faite le 4 juillet montre : un état folliculinique intermédiaire.

Une biopsie d'endomètre faite le 6 montre : un état folliculinique intermédiaire, légère hyperplasie sans distension kystique, hémorragie enkystée.

Biopsies après la fin de l'hémorragie

CAS XV :

DR = 21-26 novembre

S = 4-8 décembre

Une biopsie le 12 décembre montre : un état folliculinique intermédiaire avec charge en glycogène considérable.

CAS XVIII :

DR = 1-5 janvier

S = 15 janvier

Une biopsie faite le 16 janvier montre : un état folliculino-lutéinique au début ; traces de glycogène.

CAS XIX :

DR = 8-13 décembre

S = 22 décembre

Une biopsie faite le 23 montre : une prolifération intense avec œdème du chorion et traces de glycogène dans lumière des tubes glandulaires.

5° *Laparotomie exploratrice*

Dans le cas XI, la malade après avoir eu ses règles du 18 au 21 juin, perd un peu de sang les 3 et

4 juillet et se plaint de douleurs dans le bas-ventre. Elle est opérée le 6 juillet. Sur un ovaire, on constate l'existence d'un follicule fraîchement rompu et sur ce morceau prélevé le laboratoire répond : corps jaune jeune.

Nous voyons donc que :

- dans 1 cas, la biopsie faite au milieu de la période hémorragique montre : un état folliculinique.

- dans 1 cas, la biopsie faite le jour même de la perte, qui dure un seul jour, montre : un état folliculinique avec traces de glycogène.

- dans 1 cas, la biopsie faite le dernier jour de l'hémorragie, montre : un état folliculaire intermédiaire.

- dans 3 cas, la biopsie faite le lendemain et quelques jours après la fin de l'hémorragie montre : un état folliculinique intermédiaire.

Nous croyons pouvoir dire que la perte de sang lorsqu'elle dure quelques jours, commence en période folliculinique, elle peut exister pendant la période de transition, au début de l'état folliculinique intermédiaire, mais elle ne se produit jamais après.

Il existe donc une relation étroite entre la crise intermenstruelle et l'ovulation.

D. — RECHERCHE DE LA CAUSE DE LA CRISE

Ici aussi nous avons essayé de trouver la cause de la crise en recherchant

- soit une lésion infectieuses ou autre,
- soit un trouble hormonal.

1. *Recherche d'une lésion locale :*

Dans un cas (n° XVI), l'apparition de la crise à coïncidé avec une ovarite ourlienne possible, mais l'examen ultérieur n'a rien montré d'anormal.

a) Dans 10 cas, nous avons trouvé des signes d'infection génitale, parfois très discrets dont:

— 4 *annexites :*

- dans le cas XXI, à l'examen, on trouve des culs de sac empâtés, une annexe droite dure et douloureuse.

- dans le cas XXIV, le toucher vaginal montre un utérus en rétroversion, une annexe droite dure, fixée et douloureuse. A l'hystérosalpingographie les trompes ne sont pas injectées.

- dans le cas XXV, l'annexe droite est perceptible et à peine douloureuse.

- dans le cas XXVII, l'annexe gauche est grosse et un peu fixée. L'insufflation tubaire donne une

courbe normale et à l'auscultation on entend un passage certain à droite, douteux à gauche. Cette malade présente en outre des troubles de la crase sanguine. Elle est ensuite soignée pour une aménorrhée de 2 mois. Comme on constate des signes d'activité folliculinique (glai­re filante et transparente à l'orifice cervical), on lui fait des injections de progestérone. Ses règles surviennent ensuite régulièrement tous les 28 jours et les pertes de sang intermenstruelles disparaissent.

Chez elle, l'infection ne suffit pas à expliquer l'hémorragie intermenstruelle.

— 3 *exocervicites*

- dans les cas XVII et XX, on constate que c'est l'ulcération qui saigne pendant la crise. La perte de sang disparut en effet après la guérison de la métrite cervicale.

- dans le cas XVIII, la crise avec douleur et hémorragie persiste après électrocoagulation du col ; l'insufflation tubaire montre un passage bilatéral à l'auscultation. Une biopsie d'endomètre prémenstruel est anormale.

— 2 *rétractions douloureuses du paramètre gauche* constatées à divers examens.

CAS XIII.

CAS XIX, associé à une descente utérine. La mise en place d'un pessaire fait disparaître la douleur, la

perte de sang persiste. Le mois suivant, on lui fait 10 mg de stérandryl une fois par semaine, la malade ayant toujours son pessaire : perte et douleur disparaissent. Puis on supprime le pessaire et on continue le stérandryl; pas de perte de sang, mais la douleur réapparaît.

Dans 1 cas (XII), on note l'ablation d'un polypé 2 ans auparavant. A ce moment une insufflation tubaire avait été positive et une gono-réaction négative. Chez elle on ne trouve rien d'anormal.

En mai 1940, elle est envoyée dans un camp de concentration et pendant 4 mois, elle n'a pas de règles. Puis elle est de nouveau réglée régulièrement et n'a plus de perte de sang intermenstruelle.

En résumé :

- Dans 2 cas (XVIII, XII), la crise persiste après la guérison de l'infection.
- Dans 1 cas (XXVII), l'infection ne suffit pas à expliquer l'existence de la perte de sang.
- Dans 2 cas (XXV, XIII), l'atteinte infectieuse est très discrète.
- Dans 2 cas, c'est l'ulcération cervicale qui saigne.
- Dans 2 cas, il existe une annexite nette.
- Dans 1 cas (XIX), l'atteinte infectieuse est vraiment très discrète. Perte et douleur disparaissent sans traitement anti-infectieux.

b) Dans 5 cas, nous avons trouvé une lésion non infectieuse de l'utérus :

2 rétroversions :

cas XI, avec cystocèle et rectocèle,

cas XXIII, la crise persiste après l'opération.

2 myomes sous-muqueux :

cas XXVI, avec une insufflation tubaire positive,

cas XXVIII, avec trompes injectées à l'hystérosalpingographie.

1 déchirure profonde du col :

cas XXII.

c) Dans 1 cas (X), on trouve un utérus plutôt petit. L'hystérosalpingographie montre une cavité globuleuse et la trompe gauche est injectée (la malade avait été opérée d'un kyste de l'ovaire droit).

d) Dans 4 cas, on ne trouve aucune lésion locale.

2. Recherche d'un trouble hormonal.

a) Dans le cas X, une biopsie faite 3 jours avant les règles montre : un état folliculino-lutéinique. Chorion œdémateux avec aspect histologique assez atypique.

L'hystérosalpingographie montre une très petite image lacunaire et on constate une hypersécrétion cervicale très importante. Notons, de plus, que les

seins sont douloureux pendant la crise et jusqu'aux règles suivantes.

b) Dans *le cas XI*, 2 jours après la fin de la perte, on fait une biopsie endo-utérine qui montre : un état folliculinique intermédiaire, légère hyperplasie sans distension kystique. Hémorragie enkystée.

c) Dans *le cas XV*, au 25^e jour du cycle, 13 jours après l'hémorragie, on trouve un endomètre anormal : état folliculinique intermédiaire avec présence de glycogène.

d) Dans *le cas XVIII*, une biopsie faite le 26^e jour montre : un état folliculinique atypique, très peu de glycogène dans les glandes, abondant dans le chorion. (Nous avons déjà parlé de cette malade à propos de l'étude de la contractilité utérine).

Dans 3 cas, on constate une hypersécrétion cervicale anormale.

- Dans le cas X, elle est très abondante. Les seins sont douloureux dès la période interménstruelle.
- Dans le cas XIV, elle est très abondante.
- Dans le cas XVI, elle est très abondante et prolongée.

On peut interpréter cette hypersécrétion cervicale : soit comme une réponse à une sécrétion folliculinique excessive, soit comme une réponse excessive à une quantité normale de folliculine.

LA PERTE DE SANG

Nous ne reviendrons pas sur les caractères de la douleur que nous avons déjà étudiés dans un chapitre précédent.

Nous désirons, à l'occasion de cette deuxième série de malades présentant à la fois douleur et hémorragie, dire quelques mots sur cette hémorragie.

1. *D'où vient le sang ?*

La perte de sang nous paraît d'origine utérine et semble liée à la congestion de l'utérus se produisant au moment de l'œstrus. Chez 2 de nos malades présentant une exocervicite, nous avons constaté que c'était le col qui saignait pendant la période intermenstruelle. D'ailleurs, la perte de sang disparut après la guérison de la métrite.

Pour certains auteurs, le sang pourrait venir de l'ovaire : hémorragie de la rupture folliculaire passant pas les trompes.

2. *Par quel mécanisme la perte de sang est-elle déclanchée?*

MAVROMATI, faisant un rapprochement entre la menstruation et l'hémorragie intermenstruelle, pense

que la perte de sang survient après une *diminution brusque du taux de la folliculine*.

En effet, l'étude de la folliculinémie et de la folliculinurie, donnerait des courbes passant par deux maxima : l'un au milieu du cycle menstruel, l'autre prémenstruel, suivis tous les deux d'une diminution brusque.

Tout récemment, VOLLMANN, ayant observé le cas d'une jeune fille présentant une perte de sang intermenstruelle avec douleur, est arrivé à provoquer l'apparition d'une crise immédiatement après une injection intra-veineuse de 0 mg 2 d'œstrone. Cette malade avait, le 12^e jour du cycle, une crise qui durait quelques heures et qui précédait de 2 jours l'ascension de la température.

Le 5^e jour, il fait une I.M de BG à 10 mg et I. V de 0 mg 1 d'œstrone : rien ne se produit.

Le 8^e jour, il fait une I.M de BG à 10 mg et I. V de 0 mg 2 d'œstrone, en 2 fois, immédiatement après la deuxième injection intraveineuse se produit une crise avec douleur et perte de sang.

Le 11^e jour, à la date habituelle, elle fait une deuxième crise.

Le cycle de sa malade est de 42 jours ce mois-là, au lieu de 25 comme d'habitude.

Dans un autre cycle, cet auteur fait les 8^e et 9^e jours, des injections intra-veineuses d'œstrone à petites doses pour éviter de prolonger le cycle. Pendant ces deux jours surviennent des petites crises.

Ces faits conduisent VOLLMANN à penser que la perte de sang est peut-être due à une *augmentation brusque du taux de la folliculine*. Mais il conclut en disant qu'une seule expérience est insuffisante pour le prouver.

Personnellement, nous ne pouvons émettre d'opinion, n'ayant fait chez nos malades ni dosage, ni injection I. V. d'œstrone.

CONCLUSIONS

1° La crise intermenstruelle est un phénomène assez fréquent ; mais beaucoup de femmes ne s'inquiètent de ce syndrome que lorsqu'il existe des douleurs vives ou prolongées.

2° La crise intermenstruelle s'observe chez la femme mariée mais aussi chez la jeune fille. Toutes nos malades sont mariées, mais nous avons connaissance de plusieurs cas concernant des jeunes filles.

3° La crise intermenstruelle présente des rapports étroits avec l'ovulation. Elle se produit pendant l'œstrus, apparaissant toujours à la fin de la période folliculinique, avant la phase lutéinique.

4° La durée de la crise ne semble pas en rapport avec le degré de l'atteinte génitale lorsque celle-ci existe.

5° La douleur nous semble avoir une origine variable selon les malades. Elle peut être ovarienne, péritonéale, utérine ou salpingienne.

Lorsqu'on constate l'existence d'une lésion annexielle, il n'y a pas toujours une relation entre le siège de la douleur et le siège de la lésion.

6° La crise intermenstruelle ne coïncide pas, en général, avec des lésions importantes de l'appareil génital, mais semble plutôt coexister avec des lésions discrètes.

Dans plus de la moitié des cas, nous avons trouvé une lésion infectieuse ou autre de l'appareil génital. Lésion dont la suppression n'a pas toujours entraîné la disparition de la crise.

Dans quelques cas, nous avons pensé à l'existence d'un trouble hormonal après constatation de biopsies d'endomètre anormales, mais sans pouvoir préciser la nature exacte de ce trouble.

Toutes ces causes ne suffisent pas à expliquer l'apparition de la crise qui semble ne survenir que sur un terrain spécial. La plupart de nos malades sont en effet des nerveuses, plus de la moitié sont dysménorrhéiques et on connaît l'importance du terrain dans la pathogénie de la dysménorrhée.

7° La crise intermenstruelle s'observe en général chez des femmes bien réglées : la lésion génitale ou le trouble hormonal supposés à l'origine de la crise n'étant pas assez accentués pour entraîner une altération de la menstruation.

8° Nous pensons que l'hémorragie, quand elle existe, a son point d'origine dans l'utérus et que son apparition au moment de l'œstrus est en rapport avec la congestion locale qui existe alors, sans pouvoir préciser davantage le mécanisme réel de sa production.

Vu : *Le Doyen*,
BAUDOUIN.

Vu : *Le Président de Thèse*,
P. MOCQUOT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- ADDINSELL. — Intermenstrual pain (Tr. Obs. Soc. Lon 1898-99).
- ANCEL et BOUIN. — Sur la détermination de la date de la fécondation (Annales de Gyn. 1916-17).
- BÉCLÈRE, ARMELIN et DEMANGE. — L'hémorragie intermenstruelle cyclique (Bul. de la Soc. de Gyn. et Obst. 1939-40).
- BOUILLY. — Des poussées congestives intermenstruelles (Revue Gyn. chir. 1897).
- BOUIN. — Éléments d'hystologie (1932).
- BRANDWEIN. — Contribution à la recherche de l'ovulation chez la femme (Thèse Paris 1933).
- BRODIER. — Des douleurs intermenstruelles périodiques (C. R. cong. Périod. Internat. de Gyn. et Obst. 1899).
- COTTE. — Les ovulations douloureuses (Revue Française de Gyn. et Obst. 1931).
- DALCUÉ. — Maladies de l'ovulation, 1925.
- DUBOIS et PAJOT. — Traité de l'art complet des accoucheurs, 1860.
- DUBREUIL. — Conception synthétique, histologique et physiologique de l'ovaire de la Femme (Bul. d'histologie. Février 1940).
- FASSINA. — Des douleurs intermenstruelles (Thèse Paris, 1899).

- GUEISSAZ. — 100 cas de crises intermenstruelles, 66 observations cliniques (Gyn. et Obst. 1939).
- JOURDAIN. — Congestions frustes intermenstruelles (Thèse Lyon, 1902).
- MARIO-MARSH. — Phénomènes intemenstruels et interprétation (Journal Américain d'Obst. 1897).
- MAVROMATI. — Le syndrome (crise) intermenstruel. La phase interfolliculino-lutéinique, intermenstruelle (Gyn. et Obst. 1941).
- MOCQUOT et MORICARD. — La présence de glycogène dans la muqueuse utérine de femme ; un des tests d'action de la progestérone (Bul. de la S. de Gyn. et Obst., 1938).
- MOCQUOT et MORICARD. — Problèmes relatifs à la persistance de l'état folliculinique en période prémenstruelle (Annales d'endocrinologie, 1939-40).
- MORICARD. — L'exploration cyto-hormonale en gynécologie (V^e Congrès de Gyn., Paris, 1936).
- Développement du tractus génital et menstruation folliculinique par injection de dihydrofolliculine (Soc. de Gyn. et Obst., 1936).
- MORICARD et PALMER. — Lutéinisation hémorragique déterminée par un trouble de sécrétion antéhypophysaire (mitosinisme lutéo-hémorragique) (Bul. de la Soc. de Gyn. et Obst., Juin 1936).
- PALMER et DEVILLERS. — Cycle ovarien et courbe thermique. Utilisation pour le diagnostic de la date d'ovulation (Soc. française de Gyn., 1939).
- PALMER. — Discussion à propos de la communication de Mocquot et Moricard (Bul. de la Soc. de Gyn. et Obst., 1938).
- Le déterminisme hormonal de l'apparition et de la disparition des glaires filantes du col utérin chez la femme (Soc. de Biologie, Mars 1941).

PALMER et ORSONI. — A propos de la pathogénie des hémorragies intermenstruelles (Soc. de Gyn. et Obst., 1940).

PIERRA-HOON. — Contribution à l'étude de l'hormonologie gynécologique (Thèse Paris, 1936).

POPELIN. — Etude clinique de la crise intermenstruelle (Thèse Paris, 1914).

PORTES et VARANGOT. — Considérations sur la synergie des œstrogènes et de la progestérone sur l'endomètre de la femme (Bul. Académie de méd., Oct. 1940).

SÉGUY et SIMONET. — Recherches des signes directs d'ovulation chez la femme (Gyn. et Obst., 1933).

STAPFER. — Les vagues utéro-annexielles, 1912.

VILLEMIN. — Corps jaune considéré comme glande à sécrétion interne de l'ovaire (Thèse Lyon, 1907).

VOLLMANN. — Analyse statistique des phases du cycle génital chez la femme par l'utilisation de la douleur intermenstruelle comme indicateur de la date d'ovulation (Monatschrift für Geburtshilfe, Vol. 110, année 1939-40, page 193).

1984

1984